

JOHSS



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP



ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569

VOL.13 NO.1 JANUARY - JUNE 2026

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225020
E-MAIL: JOURNALBCNLP@GMAIL.COM

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: ผศ.ดร.พิกุล อุทิตยา

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ผศ.ปานทิพย์ ปุณณานนท์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 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

นางสาวอากาวิ ทับสิทธิ์
นางพัชรี เกตุเทศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์ นักวิชาการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาล 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

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือนี้

ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



สารบัญ

บทความวิจัย (Research Articles)

- | | |
|---|---------|
| ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ | e280250 |
| Stakeholders' Needs and Expectations in the Development of the Bachelor of Nursing Science Program at North Bangkok University | |
| สุนนทิพย์ บุญเกิด, อาภากร เปี้ยวนันท์, ศิริวรรณ ตุงค์เรือง, นพภัศสร วิเศษ, ณฤดี ชลชาติบิต, อุมาร สุวรรณวงศ์, เพ็ญศิริ สันตโยภาส, วรางคณา บุญมา, พชรพร ธนามี | |
| การมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในพื้นที่ ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง | e281379 |
| Community Participation, Knowledge, and Self-Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pichai Sub-district, Mueang Lampang District, Lampang Province | |
| อภิญา สารสม, รินดา เจาประเสริฐพันธุ์, ณัฐนิช บุญหนัก, อ้อมใจ สิทธิจำลอง, นิตยา วรรณโสภา | |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไผ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ | e282324 |
| Factors Associated with Risk Behaviors of Stroke among Hypertensive Patients in Thung Chai Subdistrict Health Promoting Hospital, Uthumphorn Phisai District, Sisaket Province | |
| นันทพัฒน์ แก้วทอง, สุชาติ สุจินตวงษ์, สุชาพันธ์ ธัญญกุลสัจจา | |
| ประสิทธิผลของเกมฝึกสมองร่วมกับการใช้แรงจูงใจต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง | e283713 |
| Effectiveness of Brain Training Games Combined with Motivation on Brain Function of the Older Adults in Older Adults Health Promotion Centers Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang | |
| วิภา เอี่ยมสำอางค์, จารามิลโล, ตยารัตน์ พุทธิมณี, เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ | |
| ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย | e284010 |
| Peripheral nerve block ในโรงพยาบาลทองผาภูมิ | |
| Effectiveness of the Clinical Practice Guideline for Patients Receiving Peripheral Nerve Block at Thong Pha Phum Hospital | |
| เนตรจิรา เกิดกำธร | |
| ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจหยุดดื่ม และพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกล้วยม่วง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง | e284143 |
| Effects of Motivational Enhancement Therapy Program on Motivation, Intention to Stop Drinking and Drinking Behavior among Persons with Alcohol Problems at Kluai muang Public Health Service Center, Kluai Phae Subdistrict, Mueng District, Lampang Province | |
| ประดิษฐ์ ชัยชนะ, บดินทร์เดช แก้วสุวรรณ, วาสนา มั่งคั่ง | |
| พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ | e284892 |
| Self-care Behaviors among Patients with Kidney Transplantation at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital | |
| นฤมล สุขะใหญ่, เสาวนีย์ อิ่มอ่อน, ฉลองรัตน์ มะโนรี, ขนิษฐา นิลเนตร, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส | |



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (Research Articles)

- ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวและสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ
เทศบาลนครพิษณุโลก e285171
Effects of Square-Stepping Exercises on Balance and Cognitive Function among Older
Persons in The Phitsanulok Municipality
อรทัย สิมะพรม, สายชล จันทร์วิจิตร, สุรรัตน์ ณ วิเชียร, นันทา พิริยะกุลกิจ
- การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพ้นโทษจากเรือนจำ e285220
Social Support and Continuing Care Narcotic Psychiatric Patients Released from Prison
อัมพร ยานะ, อุทัยวรรณ นุกาศ, รุจิเรข นางแล, ปิ่นอนงค์ เกียงมณา, นลินทิพย์ ผ่องปัญญา, เอกพันธ์ คำภีระ
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง e285472
ในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
Factors Associated with Self-management Behaviors among Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease in Mueang Phayao District, Phayao Province
กาญจนา กลางพรม, จรัสระวี นนทน้อย, เจนนา ทวีอภิธัญญา, ธิรัตน์ กันทะวงศ์, น้ำหวาน กันทะวงศ์,
สุภาภัทร กันชนะ, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล e285546
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
Factors Associated with Health Status and Health Behaviors among Staff and Nursing
Students at Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
นัยนา อินธิโชติ, วิภาวรรณ นวลทอง
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไต e285598
เสื่อม และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
Effects of a Self-Management Program Combined with Family Support on Self-Management
Behaviors for Chronic Kidney Disease Progression Delay and Glomerular Filtration Rate Among
Patient with Chronic Kidney Disease Stage 3, Hang Chat District, Lampang Province
ผ่องศรี อุดราข, ขวัญดาว สมวงศ์, พิกุล อุทธิยา
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาการใช้ National Early Warning Score สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย e286088
ในกลุ่มโรคสำคัญ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
Effects of National Early Warning Score Development Program for Nurses on Assessment
of Patients with Major Diseases Group in the Inpatient Department, Hangchat Hospital,
Lampang Province
บุญต่าย สิทธิไพศาล
- ประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา: e286215
การศึกษาเชิงคุณภาพ
Experiences of Patients with Alcohol Dependence Participating in a Transitional Care
Program: A Qualitative Study
ชุลีพร ภูโสภ, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, จารุณี รัชมีสุวิวัฒน์



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 วารสารฉบับนี้นำเสนอผลงานวิจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาคำความรู้ทางการแพทย์และสุขภาพในหลากหลายมิติหลากหลายช่วงวัย และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานและระบบบริการสุขภาพ ศึกษาในเรื่องของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้แค่พบเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังเกิดขึ้นกับวัยทำงาน ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเพื่อป้องกันการโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคได้ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ โดยการใช้ National Early Warning Score เพื่อเพิ่มความแม่นยำเพื่อการส่งต่ออย่างรวดเร็ว ในส่วนของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบทความวิจัยหลายเรื่องในฉบับนี้ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองและการทรงตัวผ่านกิจกรรมและโปรแกรมต่าง ๆ อาทิ การใช้เกมฝึกสมองร่วมกับแรงจูงใจ และการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีบทความที่มุ่งเน้นบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด โดยเน้นบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน อีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือการศึกษาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา บุคลากรและนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งช่วยให้เข้าใจมิติทางสังคม จิตใจ และบริบทการดูแลที่มีผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษาพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนั้นทางวารสารมุ่งหวังว่าจะเกิดการพัฒนางานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ และกลุ่มประชาชนอย่างต่อเนื่อง

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

Stakeholders' Needs and Expectations in the Development of the Bachelor of Nursing Science Program at North Bangkok University

Sumonthip Boonkerd^{1*}, Arpakorn Prewnim^{*}, Siriwan Turongruang^{*},
Noppussorn Wises^{*}, Narudee Chonlachabodee^{*}, Umakorn Suwananthawong^{*},
Pensiri Santayopas^{*}, Warangkhan Bunma^{*}, Pacharaporn Tanamee^{*}

(Received: July 6, 2025, Revised: December 8, 2025, Accepted: February 9, 2026)

Abstract

This descriptive phenomenological qualitative study aimed to explore the needs and expectations of graduate users regarding the development of the Bachelor of Nursing Science curriculum, Faculty of Nursing, North Bangkok University. The study emphasized the participation of key stakeholders who are directly involved in employing nursing graduates and receiving nursing services. Data were collected through semi-structured focus group discussions with 14 purposively selected stakeholders, including graduate users from public and private healthcare organizations and recipients of nursing services in community settings. Data were analyzed using qualitative content analysis with a thematic analysis approach. The trustworthiness of the data was ensured through triangulation and member checking.

The findings revealed that stakeholders' needs and expectations could be synthesized into three main themes: 1) core competencies and professional skills of nursing graduates aligned with the changing healthcare system, including professional knowledge, application of knowledge, 21st-century skills, creativity, problem-solving, use of academic evidence, and language competencies; 2) moral, ethical, and professional identity attributes, emphasizing patient-centered care, compassion, patience, responsibility, ethical decision-making, and digital ethics; and 3) strategic approaches for developing the Bachelor of Nursing Science curriculum, focusing on the integration of digital technology, digital health, and active learning approaches such as simulation-based learning and the use of digital media. These findings can serve as empirical evidence for developing a high-quality Bachelor of Nursing Science curriculum that aligns with professional standards and effectively responds to changes in the healthcare system and contemporary society.

Keywords: Bachelor of Nursing Science Program; Curriculum Development; Needs and Expectations; Stakeholders

^{*}Faculty of Nursing North Bangkok University

¹Corresponding author: Sumonthip.bo@northbkk.ac.th



ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

สุนททิพย์ บุญเกิด^{1*}, อาภากร เปี้ยวนิม*, ศิริวรรณ ตรงค์เรือง*,
นพภััสสร วิเศษ*, ณฤดี ชลชาติบดี*, อุมากร สุวันทวงศ์*,
เพ็ญศิริ สันตโยภาส*, วรางคณา บุญมา*, พชรพร ธนามี*

(วันรับบทความ: 6 กรกฎาคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 8 ธันวาคม 2568, วันตอบรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้บัณฑิตและการรับบริการทางการแพทย์ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน และผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงธีม และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าและการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่าความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถสังเคราะห์ออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งครอบคลุมความรู้ทางวิชาชีพ การประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะศตวรรษที่ 21 ความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหา การใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ และสมรรถนะด้านภาษา 2) คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเมตตา ความอดทน ความรับผิดชอบ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และจริยธรรมดิจิทัล และ 3) แนวทางเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งมุ่งเน้นการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล สุขภาพดิจิทัล และการจัดการเรียนรู้เชิงรุก เช่น การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองและการใช้สื่อดิจิทัลผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคมในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต; การพัฒนาหลักสูตร; ความต้องการและความคาดหวัง; ผู้ใช้บัณฑิต

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

¹ ผู้ประพันธ์บทความ: Sumonthip.bo@northbkk.ac.th

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) คำว่า “VUCA World” ก็ไม่สามารถนำมาอธิบายยุคแห่งโลกผันผวนได้ครอบคลุม (Ratanapitakdhada, & Trirat, 2023) ปัจจุบันได้นำแนวคิด “BANI World” มาใช้อธิบายโลกยุคใหม่แทนเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการรับมือกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น (Cascio, 2020) ประกอบด้วย (1) โลกที่มีความเปราะบาง (Brittle: B) (2) โลกที่เต็มไปด้วยความกังวล (Anxiety-inducing /Anxious: A) (3) โลกที่ซับซ้อน การคาดเดา (Nonlinear: N) และ (4) โลกที่ยากเกินความเข้าใจ (Incomprehensible: I) ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจ ทำให้เกิดเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital based globalization) เพิ่มขึ้น ก้าวสู่สังคมไร้เงินสด ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีด้านดิจิทัลมากขึ้น ส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพมีความทันสมัย และตอบสนองต่อความต้องการการบริการด้านสุขภาพที่รวดเร็วเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความผาสุกและการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทำให้ทุกคนต้องปรับตัวให้ทันกับความเปลี่ยนแปลง (Amornrojvanawut et al., 2023) ผลการสำรวจของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พบว่า ผู้เรียนกว่า 1.9 ล้านคน เผชิญภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ภายหลังโควิด-19 ส่งผลให้ผู้เรียนไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ ขาดโอกาสทางการศึกษา เกิดช่องว่างทางการเรียนรู้ สถานศึกษาต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบอื่นที่แตกต่างไปจากเดิมส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถ และทักษะไม่เหมาะสมกับระดับชั้นและช่วงวัยของตน (Uinantapitak et al., 2024)

ตามประกาศ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี/โท/เอก พ.ศ. 2565 และรายละเอียดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2565 (Higher Education Standards Committee, 2022) โดยคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษาได้มีมติให้หน่วยงานที่มีหน้าที่จัดการศึกษาจะต้องดำเนินการจัดทำหลักสูตรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ในแนวทาง Outcome Based Education (OBE) โดยปรับเปลี่ยนในส่วน of ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Thai Qualifications Framework for Higher Education: TQF; HEEd) แต่ละระดับต้องสอดคล้องกับอัตลักษณ์ของหลักสูตรสถาบันอุดมศึกษา วิชาชีพ ประเทศชาติ และบริบทโลก ประกอบด้วยอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Skills) 3) จริยธรรม (Ethics) และ 4) ลักษณะบุคคล (Character) (Ministry of Higher Education, 2022) ซึ่งมหาวิทยาลัยมีพันธกิจในการผลิตบัณฑิตให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดในหลักสูตรเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการอุดมศึกษา ทั้งนี้ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้นำหลักเกณฑ์ที่เน้นผล การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected Learning Outcome: ELO) ในการพัฒนาหลักสูตรมีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน เช่น สถิติการขาดแคลนพยาบาลของประเทศไทยที่ยังสูงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความต้องการพยาบาลที่มีทักษะดิจิทัล (digital literacy) และทักษะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ (health technology) ตามแนวโน้มของระบบสุขภาพยุคดิจิทัล จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียของหลักสูตร ได้แก่ สถานประกอบการหรือผู้ใช้บัณฑิต มหาวิทยาลัย คณาจารย์ ศิษย์เก่า นักศึกษาปัจจุบัน ผู้สนใจศึกษาต่อ และชุมชน เป็นต้น มากำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs) เพื่อนำไปกระจายความรับผิดชอบในการเรียนการสอนรายวิชาต่าง ๆ โดยการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (Course Learning Outcomes: CLOs) ต่อไป

ในประเทศไทย สภาการพยาบาลรายงานว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ประมาณ 1:400 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่ WHO แนะนำคือ 1:200 (Nursing Council of Thailand, 2023) นอกจากนี้ ยังพบว่า หน่วยบริการสุขภาพมีความคาดหวังให้บัณฑิตพยาบาลมีความพร้อมต่อการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น เช่น ทักษะ



การคิดวิเคราะห์เชิงคลินิก ความสามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉิน การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และความพร้อมด้าน soft skills (Nursing Council of Thailand, 2022)

จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า หลักสูตรปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในด้านการบูรณาการทักษะดิจิทัล ทักษะการคิดเชิงระบบ และการเตรียมความพร้อมก่อนออกสู่การฝึกภาคปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันและความต้องการของสถานบริการสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ก่อตั้งขึ้นโดยการเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาทางด้านสาธารณสุขและปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล การผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนและประเทศ ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งในด้านวิทยาการทางการแพทย์และสุขภาพ รวมถึงความคาดหวังจากภาครัฐและประชาชนต่อบทบาทของพยาบาลที่ต้องมีความเชี่ยวชาญ ทักษะ และคุณลักษณะที่ทันสมัย เหมาะสมกับการให้บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยออกแบบการจัดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome Based Education: OBE) เพื่อสร้างผู้สำเร็จการศึกษาที่มีความสามารถทางวิชาชีพ (Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchabun Rajabhat University, 2023) เพื่อให้บัณฑิตมีความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและการบริหารที่ซับซ้อน ในกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตร จึงต้องมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำมาปรับให้หลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต และพัฒนาบัณฑิตให้เป็นมืออาชีพที่พร้อมรับใช้สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

คำถามงานวิจัย

1. สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการจากบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ผู้ใช้บัณฑิตคาดหวังในยุคบริการสุขภาพปัจจุบันคืออะไร
3. แนวทางและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพและเทคโนโลยีสุขภาพเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2565 มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 และพระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 รวมถึงเกณฑ์ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ภายใต้กรอบมาตรฐานดังกล่าว การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้บัณฑิตและการรับบริการทางการพยาบาล กรอบแนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับ

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิตในหน่วยงานราชการ, ผู้ใช้บัณฑิตในหน่วยงานเอกชน, และผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในชุมชน กรอบแนวคิดยังเชื่อมโยงแนวคิดเรื่อง “ความคาดหวัง” ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัว การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Snyder, 1994) เข้ากับกระบวนการพัฒนาหลักสูตร โดยการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน นำไปสู่การระบุความต้องการที่แท้จริง (Needs) และประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากกรอบแนวคิดดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อความรู้และทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาล คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้เป็นฐานในการกำหนดตัวแปรการวิจัยและพัฒนาคำถามวิจัย อันจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคมได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดรากฐานทางปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl, E. (1970) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการใช้บัณฑิตพยาบาลและการรับบริการทางการแพทย์ ภายใต้บริบทการจัดการศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) สำหรับกลุ่มอาสาสมัครในการวิจัย (Participants) คือ ผู้ใช้บัณฑิตของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสียที่มีอิทธิพลสูงต่อการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดำเนินการของหลักสูตร (High Power High Impact) วิธีนี้สอดคล้องกับลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มดังกล่าวที่สามารถให้ความคิดเห็นและทัศนะด้านต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นและสำคัญ (Needs) เกี่ยวกับประเด็นการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานเอกชน จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมขั้นต่ำ โดยคำนึงและความต้องการทักษะที่เฉพาะเจาะจง (เช่น ทักษะทางธุรกิจ, นวัตกรรม) ซึ่งอาจแตกต่างจากภาครัฐ
2. หน่วยงานราชการ จำนวน 4 คน ซึ่งเน้นข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานราชการที่เน้นมาตรฐานการทำงานและกรอบนโยบาย เป็นจำนวนเพียงพอต่อการค้นหารูปแบบ (Patterns) ของความคาดหวังที่สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติและระบบสุขภาพภาครัฐของประเทศ
3. ผู้ใช้บริการจากชุมชน จำนวน 6 คน ซึ่งเน้นมิติความหลากหลายและความลึกของประสบการณ์ มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์ในการรับบริการและความแตกต่างของบริบททางสังคมสุขภาพในชุมชนได้มากขึ้น เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนถึงความต้องการด้าน Soft Skills, คุณธรรม, จริยธรรม, และการสื่อสารได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันสูงกว่าผู้ใช้บัณฑิตที่เป็นผู้บริหาร/บุคลากร

สำหรับกระบวนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กล่าวคือ เป็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์เพื่อการได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึก คณะผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของผู้ใช้บัณฑิต โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มอาสาสมัครที่เป็นหน่วยงาน หรือสถานพยาบาล เป็นผู้มีบทบาท หน้าที่ หรืออยู่ในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติทางการแพทย์ของนักศึกษา รวมถึงการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งงาน (Job Specification) ในการสรรหาและคัดเลือก



บุคลากรของหน่วยงาน จากหน่วยงานเอกชน 1 กลุ่ม จากหน่วยงานรัฐบาล 1 กลุ่ม และกลุ่มผู้ใช้บริการจากชุมชน ที่เป็นแหล่งฝึกเป็นผู้เคยได้รับการบริการการพยาบาลจากนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ จำนวน 1 กลุ่ม รวมจำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยนี้คือแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะเป็นโครงสร้างคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อความรู้ ความสามารถ และทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศที่ คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ ที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล ทักษะความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน และทักษะด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล มี 21 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1.สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการจากบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2.คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ใช้บัณฑิตคาดหวังในยุครัฐบาลสุขภาพปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และกลุ่มที่ 3 แนวทางและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพและเทคโนโลยีสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) โดยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3-5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของประเด็นคำถามในด้านความชัดเจน ความไม่ซ้ำซ้อน และความสามารถในการสะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อเพิ่มความชัดเจนและความเหมาะสมก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม

การประเมินความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

1.การวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล (Concurrent Data Analysis) คณะผู้วิจัยจะทำการถอดความ, จัดกลุ่ม (Coding), และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มอย่างต่อเนื่องทันทีที่มีการเก็บข้อมูล

2.การเปรียบเทียบเชิงคงที่ (Constant Comparative Method) เมื่อได้ข้อมูลใหม่ ผู้วิจัยจะนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บมาก่อนหน้า เพื่อดูว่ามีหมวดหมู่ (Categories) หรือประเด็น (Themes) ใหม่ ๆ เกิดขึ้นหรือไม่

3.จุดตัดสินใจ (Decision Point) หากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครบตามจำนวนคนแล้ว ไม่พบข้อมูลใหม่ ๆ ที่มีนัยสำคัญ หรือไม่สามารสรสร้างรหัส (Codes) ใหม่ได้ การเก็บข้อมูลจะถือว่าถึงความอิ่มตัวทางทฤษฎี (Theoretical Saturation) และจะยุติการเก็บข้อมูลแม้ว่าจำนวนที่กำหนดไว้ (14 คน) อาจยังไม่ครบ หรืออาจมีการเก็บข้อมูลเพิ่มหากพบว่าข้อมูลยังไม่อิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าโดยแหล่งข้อมูล (data triangulation) จากผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลในหน่วยงานภาครัฐ ผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลในหน่วยงานภาคเอกชน และผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำผลการสรุปประเด็นสำคัญและเริ่มเบื้องต้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน จากทั้งสามกลุ่ม กลุ่มละ 2 คน ผู้ให้ข้อมูลพิจารณา

ความถูกต้องและความสอดคล้องกับประสบการณ์ของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงการตีความข้อมูลให้สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ วันที่ 22 พฤษภาคม 2568 ตามเอกสารรับรองเลขที่ NS 7/2568 รหัสโครงการวิจัย: SS1-4-2568-7 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ โดยวิธี Thematic Analysis เพื่อค้นหารูปแบบ (Patterns) และประเด็นหลัก (Themes) ของความต้องการและความคาดหวังนำประเด็นหลักที่ได้มาจัดหมวดหมู่ ตีความ และเชื่อมโยงเข้ากับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ความรู้/ทักษะ, จริยธรรม, ข้อเสนอแนะ) เพื่อสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาหลักสูตร โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลดังนี้ PRI คือ ผู้ใช้บัณฑิตจากภาคเอกชน GOV คือ ผู้ใช้บัณฑิตจากภาครัฐ และ COM คือ ผู้ใช้บัณฑิตจากชุมชน และตามด้วยตัวเลขด้านหลังเป็นลำดับการเข้าร่วมให้ข้อมูล ซึ่งไม่ใช่เรียงตามลำดับความสำคัญ

ผลการศึกษา

จากการสนทนากลุ่ม สามารถรวบรวมข้อมูลที่ใช้บัณฑิตแสดงทัศนะถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ สรุปตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบัณฑิตพยาบาลตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Subtheme)

ประเด็นหลักที่ 1 สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง	
ประเด็นรอง 1.1 สมรรถนะทางวิชาชีพและการประยุกต์ใช้ความรู้	“ก่อนที่จะมาขึ้นฝึกที่หอผู้ป่วย อยากให้มีการทบทวนความรู้ เรื่องโรคและบริบทที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยนั้น ๆ รวมถึงความก้าวหน้าทางศาสตร์ วิจัย หรือความรู้ใหม่ ๆ” (PRI1)
	“เพื่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ และลดความผิดพลาดจากการทำงาน ควรมีการศึกษาตัวบ่งชี้ เกณฑ์การรับรอง CQI ฯลฯ ต่างๆด้วย” (GOV1)
ประเด็นรอง 1.2 ทักษะศตวรรษที่ 21 (คิดวิเคราะห์ สื่อสาร ทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ)	“เราไม่ได้ต้องการแค่คนเก่งอย่างเดียว แต่ต้องสื่อสารเป็น มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีมได้ สามารถคิดวิเคราะห์เป็น” (GOV4)
	“ทำงานเป็นทีมได้ดีมาก ไม่ถือตัวและพร้อมช่วยคนอื่นตลอด”(COM1)
	“พยาบาลควรเผชิญแรงกดดันได้ ไม่โทษคนอื่น แต่ตั้งสติและหาทางออก” (PRI2)



ตารางที่ 1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบัณฑิตพยาบาลตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Subtheme) (ต่อ)

ประเด็นหลักที่ 1 สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง	
ประเด็นรอง 1.3 ความคิดสร้างสรรค์ และการแก้ปัญหาใน การปฏิบัติงานจริง	“เด็กเคยเสนอให้ใช้วัสดุในชุมชนทำอุปกรณ์ฝึกผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งก็ได้มีการออกแบบและนำไปใช้” (COM2) “นักศึกษาหลายคนเสนอแนวทางการจัดระบบงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเอง ทั้งที่เป็นเพียงนักศึกษาฝึกงาน แสดงให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์และความกล้าหาญ” (PRI3) “แม้จะถูกมอบหมายงานหนัก นักศึกษาพยาบาลก็ไม่ท้อถอย และมักจะเสนอแนวทางใหม่ ๆ ในการทำงาน เช่น การทำ Infographic แนะนำการดูแลแผลแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ” (GOV2)
ประเด็นรอง 1.4 การพัฒนาทักษะวิจัย และการใช้ข้อมูลเชิง วิชาการ	“การทำ mini research ทำให้นักศึกษากล้าออกโอเคเดียวและใช้ข้อมูลมาสนับสนุนข้อเสนอเชิงวิชาการ ซึ่งจำเป็นมากสำหรับการทำงานในอนาคต” (PRI1)
ประเด็นรอง 1.5 สมรรถนะด้านภาษา และการสื่อสารระดับ สากล	“ในยุคปัจจุบันคนที่ได้ภาษาอังกฤษจะมีโอกาสมากกว่าคนอื่น ๆ ทั้งเรื่องหน้าที่การงานหรือความสำเร็จ ควรมีการเสริมสร้างทักษะนี้ให้เกิดความเชี่ยวชาญ” (GOV3)
ประเด็นหลักที่ 2 คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล	
ประเด็นรอง 2.1 คุณธรรม จริยธรรม และการยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง	“สิ่งที่เห็นอีกอย่าง คือ คนไข้บางคนดู เขายังอดทนและเข้าหาด้วยรอยยิ้ม ซึ่งก็ทำให้คนไข้ยอมรับในตัวเขา” (PRI4) “นักศึกษาควรได้รับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและกิจกรรมเสริมคุณธรรมตลอด 4 ปี โดยเฉพาะตอนฝึกงาน” (COM3) “บัณฑิตควรมีใจเมตตา ไม่เลือกบริการเฉพาะคนมีสิทธิ์หรือฐานะดี เราอยากเห็นพยาบาลที่ทำงานด้วยใจไม่ใช่แค่ตามหน้าที่” (COM5)
ประเด็นรอง 2.2 ความอดทน ความรับผิดชอบ และ จิตวิญญาณความเป็น พยาบาล	“เห็นชัดว่าแม้สถานการณ์จะเหนื่อยแค่ไหน เด็กก็ยังสู้และตั้งใจเรียนรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ”(GOV2)
ประเด็นรอง 2.3 จริยธรรมดิจิทัลและ ภาพลักษณ์วิชาชีพ	“ไม่อยากให้นักศึกษาถ่ายรูปผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น รวมถึงการถ่ายรูปเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากการปกป้องสิทธิกรณีข้อมูลผู้ป่วยถูกเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต” (PRI2) “สื่อโซเชียลมีเดียแรง แคมเปญไม่ก็รูปก็กระจายว่อนไปทั่ว เสื่อมเสียชื่อเสียงวิชาชีพและสถาบัน” (COM6)

ตารางที่ 1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบัณฑิตพยาบาลตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Subtheme) (ต่อ)

ประเด็นหลักที่ 2 คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล

ประเด็นรอง 2.4 “พยาบาลควรถูกปลูกฝังเรื่องการตัดสินใจทางจริยธรรม ซึ่งน้ำหนักระหว่างปฏิบัติตาม
การตัดสินใจเชิง หลักการ กับหลักจริยธรรม” (GOV4)
จริยธรรมและ
ความรับผิดชอบ
ทางวิชาชีพ

ประเด็นหลักที่ 3 แนวทางเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้ทันต่อเทคโนโลยี และบริบทสุขภาพยุคใหม่

ประเด็นรอง 3.1 “ถ้าหลักสูตรสอนให้นักศึกษาออกแบบเว็บไซต์หรือบล็อกสุขภาพได้ จะทันยุคและ
การบูรณาการ น่าเชื่อถือมาก” (PRI4)
เทคโนโลยีดิจิทัลและ “เราอยากได้พยาบาลรุ่นใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีคล่อง ดูข้อมูลคนไข้จากระบบดิจิทัลเป็น
สุขภาพดิจิทัล และอธิบายข้อมูลสุขภาพผ่านมือถือให้ชาวบ้านเข้าใจง่าย” (COM5)
“บัณฑิตต้องใช้งานเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการพยาบาลเชิงรุกได้อย่างคล่องแคล่ว เช่น
การใช้โปรแกรม HOSxP, EMR และระบบติดตามข้อมูลผู้ป่วย”(GOV3)
“อยากเห็นพยาบาลยุคใหม่ที่เข้าใจเรื่องสุขภาพดิจิทัล ไม่ใช่แค่รักษา แต่สื่อสารข้อมูล
ออนไลน์ได้คล่อง”(COM6)
“พยาบาลยุคใหม่ควรใช้โซเชียลมีเดียอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพกับ
ชาวบ้าน” (COM2)

ประเด็นรอง 3.2 “อยากให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติ ถ้ามีการใช้สถานการณ์จำลองใน
รูปแบบการจัดการ ห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation-based learning) จะช่วยได้มาก” (GOV2)
เรียนรู้แบบ Active
learning

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการศึกษาสามารถสังเคราะห์ออกเป็น 3 ประเด็นหลัก (Themes) สามารถสรุปความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบัณฑิตพยาบาลตามประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลอย่างรอบด้าน ทั้งด้านความรู้ทางวิชาชีพและการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ทักษะศตวรรษที่ 21 ความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหา การใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ รวมถึงสมรรถนะด้านภาษาและการสื่อสารระดับสากล ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติงานพยาบาลอย่างมีคุณภาพและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความคาดหวังต่อบัณฑิตพยาบาลในด้านคุณธรรม จริยธรรม และจิตวิญญาณความเป็นวิชาชีพ โดยเน้นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเมตตา ความอดทน ความรับผิดชอบ ตลอดจนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม เพื่อรักษาภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาลในสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 สะท้อนมุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในเชิงยุทธศาสตร์ โดยเสนอให้มีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล สุขภาพดิจิทัล และนวัตกรรมจัดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้สถานการณ์จำลองและการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล เพื่อเตรียมความพร้อมบัณฑิตพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทสุขภาพยุคใหม่

อภิปรายผล

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ใช้บัณฑิตจากหลากหลายบริบททั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้ใช้บริการในชุมชน สามารถอภิปรายผลความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนอร์ทกรุงเทพตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยดังนี้

1. สมรรถนะหลักและทักษะเชิงวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการจากบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบัน และการประยุกต์ใช้ความรู้ในทักษะศตวรรษที่ 21

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของมิโฮะ ซายะ และคณะ (Saiga et al., 2024) พบว่า สมรรถนะการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing competence) สัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพการพยาบาล โดยผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีสมรรถนะการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ การพัฒนาการพยาบาลที่วางแผนไว้ การตัดสินใจทางคลินิก การประเมินการดูแล และการประสานงานการดูแลที่สูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ทั้งนี้ต้องอาศัยความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ ทักษะในการกำหนดประเด็นปัญหาภาวะสุขภาพและการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพ ดังงานวิจัยของจิราภรณ์ ตั้งสกุล และคณะ (Tunksakool et al., 2020) สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการแก้ปัญหาแบบร่วมมือในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลที่ผู้ใช้บัณฑิตคาดหวังในยุคบริการสุขภาพปัจจุบัน

ข้อค้นพบด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ บัณฑิตพยาบาลควรมีคุณลักษณะด้านจริยธรรมที่เน้นการให้บริการด้วยหัวใจและความเป็นมืออาชีพ ความตระหนักและปฏิบัติเพื่อรักษาชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของวิชาชีพ และสถาบันโดยเฉพาะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของพิริยลักษณ์ ศิริกุลลักษณ์ และพิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา (Sirisupalak & Thammaraksa, 2021) ที่พบว่า คุณธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตลักษณ์วิชาชีพพยาบาล โดยไม่ใช่แค่ทักษะ แต่เป็น “ส่วนหนึ่งของตัวตนวิชาชีพ” ของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของเกศินี ไชโยโม และคณะ (Chaimo et al., 2021) พบประเด็นว่านักศึกษามีระดับพฤติกรรมคุณธรรมสูงแสดงออกอย่างมีวินัยและความรับผิดชอบ โดยลักษณะทาง “คุณธรรมวิชาชีพ” เป็นความคาดหวังร่วมกันทั้งจากภายนอกและภายในกลุ่มผู้เรียนพยาบาล จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของคริสแกสต์แมนส์ และคณะ (Gastmans et al., 2025) สัมภาษณ์ลักษณะของพยาบาลที่มีสมรรถนะทางจริยธรรม (moral competence) จากมุมมองของพยาบาลและผู้แทนผู้ป่วยในประเทศแถบยุโรป พบว่า พยาบาลที่มีสมรรถนะทางจริยธรรมไม่เพียงแต่มีความสามารถเชิงคลินิกเท่านั้น แต่ยังต้องมีความไวต่อคุณค่าทางศีลธรรม และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3. แนวทางและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพและเทคโนโลยีสุขภาพ

ข้อค้นพบต่อการพัฒนาหลักสูตรคือ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและสุขภาพดิจิทัล และรูปแบบการจัดการเรียนรู้ หลักสูตรต้องเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) การคิดวิเคราะห์ และการบูรณาการ

ความรู้กับการปฏิบัติจริง ส่งเสริมการทำวิจัยขนาดเล็ก การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล และการสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของวิชาชีพ ตามแนวทางการศึกษาศึกษาปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อความฉลาดทางดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลของศิริลักษณ์ ปัญญา และคณะ (Panya et al., 2023) ความสำคัญของการเตรียมบัณฑิตให้พร้อมสำหรับการทำงานในยุคดิจิทัล ทักษะด้านดิจิทัลคือสมรรถนะพื้นฐาน ไม่ใช่แค่ทักษะเสริม ดังนั้นควรสนับสนุนให้หลักสูตรต้องออกแบบให้มีการพัฒนา digital literacy อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการทำงานในระบบสุขภาพยุคใหม่ที่พึ่งพาเทคโนโลยี ทั้งนี้สามารถพัฒนาไปเป็นอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร ฉิมนาค (Chimnak, 2020) ที่กล่าวว่า การพัฒนาอัตลักษณ์ของนิสิตพยาบาลศาสตร์ในด้าน เก่งงาน เก่งคิด และเก่งพิชิตปัญหา ไปพร้อมกันกับการบรรลุผลตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ เนื่องจากตามอัตลักษณ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย โดย เก่งงาน นั้นนิสิตต้องเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ เชี่ยวชาญทั้งด้านทักษะวิชาชีพ วิชาการ และเทคโนโลยี ส่วนเก่งคิด เน้นการจัดทำโครงการวิจัยระดับปริญญาตรีและโครงการวิจัยที่มีคุณภาพสูงในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ และเก่งพิชิตปัญหานั้นนิสิตจะต้องมีความรับผิดชอบในการทำงาน มีศักยภาพในการศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ และรุ่งฤดี อุสาเหะ (Soponsuksatit & Usaha, 2020) ที่แนะนำว่าควรจัดทำแผนการสอนที่เน้นอัตลักษณ์บัณฑิต และควรนำผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตในปีที่ผ่านมาในการกำหนดแนวทางการพัฒนา ควรจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี โดยมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิต และควรพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง และส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางวิชาการและการเรียนรู้ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นต้นแบบในการวางแผนพัฒนาหลักสูตร และกิจกรรมส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิต อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการบูรณาการทักษะที่จำเป็นได้แก่ ทักษะดิจิทัล ภาษาอังกฤษ การวิจัยในทฤษฎีวิชา ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ
2. สถาบันสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา และใช้ในการจัดทำระบบประเมินอัตลักษณ์นักศึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายชั้นปี
3. ผลการวิจัยสามารถใช้ในการวางแผนกิจกรรมนักศึกษาที่ส่งเสริม Soft skill โดยเฉพาะด้าน Resilience เช่น การจัดกิจกรรมฝึกความยืดหยุ่นทางอารมณ์และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบสอบถามหรือเครื่องมือประเมินที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เพื่อวัดระดับอัตลักษณ์ในแต่ละด้านของนักศึกษาพยาบาล และใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) เพื่อยืนยันองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะที่จำเป็นกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและสมรรถนะทางวิชาชีพ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ การปฏิบัติงานทางคลินิก หรือความสามารถในการทำงานเป็นทีม ส่งผลต่อคุณภาพบัณฑิตด้านใดบ้าง

เอกสารอ้างอิง

Amornrojvanawut, W., Sreedakase, S., Klaiphet, P., Ditcharoen, K., Taengphan, C., Chitsasom, S., Chomphuwiset, P., & Wongwai, N. (2023). *A study of stakeholders' needs in the development of the Bachelor of Nursing Science program: The establishment project of*



- the Faculty of Nursing, Northeastern University, Khon Kaen Province. In *Proceedings of the 10th National and 8th International Conference on Academic Research Presentation*. Northeastern University. (in Thai)
- Cascio, J. (2020). *Facing the Age of Chaos*. Medium. <https://medium.com/@cascio/facing-the-age-of-chaos-b00687b1f51d>
- Chaimo, K., Prachasaisoradej, K., & Oangkanawin, P. (2021). Ethical behavior: A comparative cross-sectional study among nursing students in different class years at a nursing college. *Nursing Research and Innovation Journal*, 26(3), 370–384. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241333>
- Chimnak, S. (2020). The five competencies identity of nursing students at Naresuan University. *Silpakorn University Journal of Education*, 17(2), 229–238. (in Thai)
- Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchabun Rajabhat University. (2023). *Workshop materials on outcome-based education (OBE) curriculum design and preparation for AUN-QA*. <https://eqa.pcru.ac.th/QA/doc/km/km2565huso2.pdf> (in Thai)
- Gastmans, C., Mertens, E., Palese, A., Keogh, B., Apolloni, F., Wiisak, J., Cabe, C. M., Dimitriadou, M., Galazzi, A., Igoumenidis, M., Stefanopoulos, N., Charitou, P., Papastavrou, E., Suhonen, R., Chiappinotto, S., & PROMOCON Consortium (2025). Perspectives of nurses and patient representatives on the morally competent nurse: An international focus group study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, 100296. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100296>
- Higher Education Standards Committee. (2022). *Announcement of the Higher Education Standards Committee on criteria, methods, and conditions for appointing or assigning auditors and auditing the operation of higher education institutions B.E. 2565 (2022)*. <https://www.ops.go.th/th/ches-downloads/edu-check-certify/item/7521-2565-9> (in Thai)
- Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022). *Ministerial regulation on higher education qualification standards B.E. 2565 (2022)*. *Royal Thai Government Gazette*, 139(20A), 28–31. (in Thai)
- Nursing Council of Thailand. (2023). *Annual report: Situation of Thai nursing workforce 2023*. (in Thai)
- Nursing Council of Thailand. (2022). *Nursing competency framework for the digital era*. (in Thai)
- Panya, S., Traeprasith, Y., Mongkonsawat, J., Intharasongkroh, S., & Chandamee, T. (2024). A study of factors associated with digital intelligence among nursing students. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 4(3), 26–37. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/download/270997/185743/1188008> (in Thai)
- Ratanapitakdhada, C., & Trirat, P. (2023). Educational leaders' competencies to survive and thrive in a BANI World. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Sciences)*, 9(1), 16–28. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pacific/article/view/263622>. (in Thai)

- Saiga, M., Yamamoto, Y., Okuda, R., & Fukada, M. (2024). Relationship Between Clinical Nursing Competence and Work Environment by Career Stage for Nurses with 1–10 Years of Clinical Experience. *Yonago Acta Medica*, 67(1), 9–21.
<https://doi.org/10.33160/yam.2024.02.002>
- Sirisupalak, P., & Thammaraksa, P. (2021). Meanings and behaviors of moral identity: Perceptions of nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(2), 231–250. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/download/253892/171332/> (in Thai)
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Soponsuksatit, J., & Usaha, R. (2020). A Study of Working Condition to Develop Nursing Students Identity of Phraboromarajchanok Institutes. *Mahasarakham Hospital Journal*, 17(2), 26–34. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/246612> (in Thai)
- Tunksakool, J., Jamjuree, D., Yamkasikorn, M., & Kongsaktrakul, C. (2020). A Study of Collaborative Problem-Solving Competency for Nursing Students. *Nursing Research and Innovation Journal*, 26(2), 217–231. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241042> (in Thai)
- Uinantapitak, P., Kanokporn, T., Roengwitch, N., & Waiwoot, B. (2024). The problem solving of learning loss within educational institutions: The case of Wat Sai Thong School, Trat Primary Educational Service Area Office. *Journal of Scholar Community*, 2(2), 26–39. https://so12.tci-thaijo.org/index.php/watmahasawat_jsc/article/view/807 (in Thai)

Community Participation, Knowledge, and Self-Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pichai Sub-district, Mueang Lampang District, Lampang Province

Apinya Sansom^{*}, Rinda Jewprasertphan^{1**}, Nathanit Boonnak^{**}
Omjai Sittichamlong^{**}, Nittaya Wannasopa^{***}

(Received: July 31, 2025, Revised: June 3, 2026, Accepted: June 28, 2026)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine community participation, the levels of diabetes-related knowledge, and self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in Pichai Subdistrict, Mueang Lampang District, Lampang Province. The study population consisted of 110 patients with type 2 diabetes mellitus and 34 community stakeholders involved in community-based diabetes care. Data were collected using questionnaires with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00. The diabetes knowledge questionnaire demonstrated a Kuder–Richardson 20 (KR-20) reliability coefficient of 0.88, while the self-care behavior and community participation questionnaires yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.91 and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that overall community participation was at a high level (Mean = 3.88, S.D. = 0.69), with participation in implementation receiving the highest mean score. The overall level of diabetes-related knowledge among patients was high (Mean = 41.20, S.D. = 4.10), although knowledge regarding dietary control was at a moderate level. Overall self-care behaviors were also at a high level (Mean = 3.74, S.D. = 0.53), with medication adherence and attendance at follow-up appointments receiving the highest scores, whereas physical activity remained at a moderate level. (Mean = 3.21, S.D. = 0.64) The findings may provide baseline information for planning health promotion activities and developing community-based diabetes care systems in primary healthcare settings.

Keywords: Community Participation; Diabetes-related Knowledge; Self-care Behaviors; Type 2 Diabetes Mellitus

^{*}Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University Mae Hong Son Campus

^{**}Faculty of Nursing, Nation University

^{***}Ban Ton Thong Chai Sub-District Health Promoting Hospital, Lampang Province

¹Corresponding author: myfamily280567@gmail.com



การมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

อภิญญา สารสม*, รินดา เจวประเสริฐพันธุ์^{1**}, ณัฏฐนิช บุญหนัก**
อ้อมใจ สิทธิจำลอง **, นิตยา วรรณโสภะ***

(วันรับบทความ: 31 กรกฎาคม 2568, วันแก้ไขบทความ: 3 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ: 28 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 110 คน และผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) โดยแบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.88 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.88, S.D.=0.69) โดยด้านการร่วมดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 41.20, S.D. = 4.10) อย่างไรก็ตาม ความรู้ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.74, S.D.= 0.53) โดยด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.21 , S.D.= 0.64) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; ความรู้; การดูแลตนเอง; โรคเบาหวานชนิดที่ 2

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย จังหวัดลำปาง

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: myfamily280567@gmail.com



บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 สอดคล้องกับรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF], 2025) ที่ระบุว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้น้อย ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center [HDC], 2025) พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้โรคเบาหวานกลายเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาว (WHO, 2023) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลที่ตนเองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และยังมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง จะสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว (Audthiya, Wiwoot, & Kreuangchai, 2024) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้ไม่เพียงพอ หรือมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม มักประสบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ดังนั้น ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระดับปฐมภูมิและระดับชุมชน (Powers et al., 2020; American Diabetes Association [ADA], 2024)

การศึกษาครั้งนี้ยังอาศัยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem's Self-Care Theory) เป็นกรอบอธิบายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยอธิบายว่า บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เพียงพอ จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม (Orem, 2001) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES) หรือศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ADA, 2024; Audthiya et al., 2024; Powers et al., 2020) ในขณะที่การศึกษามีส่วนร่วมของชุมชนมักมุ่งประเมินบทบาทของภาคีเครือข่ายหรือกลไกการดำเนินงานในระดับระบบสุขภาพ (Akintobi et al., 2025; Taffere et al., 2023) พฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงครอบคลุมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการตรวจตามนัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงผสมผสานแนวคิดการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1977) โดยมองว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเกิดประสิทธิผลได้ เมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการร่วมตัดสินใจ



การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล จะช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและมีความยั่งยืน ระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ADA, 2024; Powers et al., 2020) การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมุ่งประเมินบทบาทของภาคีเครือข่ายหรือกลไกการดำเนินงานในระดับระบบสุขภาพ (Akintobi et al., 2025 Taffere et al., 2023) แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดขององค์ความรู้ในปัจจุบันอยู่ 3 ประการ คือ 1) การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมหรือศึกษาปัจจัยเป็นรายด้าน แต่ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์จริงของระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 2) การศึกษาที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในบริบทเดียวกันยังมีจำนวนจำกัด ทำให้ยังไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชนได้อย่างชัดเจน และ 3) ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทของประเทศไทย โดยเฉพาะระดับตำบล ซึ่งมีบริบททางสังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างจากพื้นที่เมือง

พื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง แม้จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนจำนวน 1,671 คน และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 35.13 แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่งช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำมาวางแผนพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชนที่สำคัญได้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้วางแผนพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

สถานการณ์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษามีลักษณะเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทชุมชนระดับปฐมนุญ โดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่ออธิบายลักษณะและระดับของตัวแปรแต่ละด้านในบริบทพื้นที่ศึกษา



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ตามข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 660 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

2. ผู้ให้ข้อมูลในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 34 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามบทบาทในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff (1977) และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความสั้นตามลักษณะข้อมูล จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พัฒนาจากการทบทวนเอกสาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ADA, 2024) ครอบคลุมความรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ “ถูก-ผิด-ไม่ทราบ” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน การแปลผล (Bloom, 1971) ดังนี้ 1) ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 3) ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งคะแนนรวมที่สูงสะท้อนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่สูงขึ้น

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการมาตรวจตามนัด จำนวน 52 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงสะท้อนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ตอนที่ 2 แบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนาตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของโคเฮน และอัสฮอฟฟ์ (1977) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลดังนี้ 1) 4.21–5.00 = ระดับสูงมาก 2) 3.41–4.20 = ระดับสูง 3) 2.61–3.40 = ระดับปานกลาง 4) 1.81–2.60 = ระดับต่ำ และ 5) 1.00–1.80 = ระดับต่ำมาก ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่สูงสะท้อนระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สูงขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการวิจัยทางสาธารณสุข โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือแต่ละชุดอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามลักษณะถูก-ผิด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

2) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอภายในอยู่ในระดับดี

3) แบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอภายในอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงรายละเอียดการวิจัย รวมทั้งสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

3) ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20–30 นาทีต่อคน

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น เลขที่ มนช.จร1-006/2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาล



และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM)

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 44.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.1 และมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 52.7 ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	29.2
หญิง	78	70.8
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	28	25.5
60-65 ปี	49	44.5
มากกว่า 65 ปี	33	30.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	8	7.3
ประถมศึกษา	76	69.1
มัธยมศึกษา/ปวช.	20	18.2
อนุปริญญาขึ้นไป	6	5.4
สถานภาพสมรส		
โสด	9	8.2
สมรส	38	34.5
หม้าย	58	52.7
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	4.6

1.2 ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 41.20 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ความรู้ด้านการใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขณะที่ความรู้ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง แบบวัดความรู้เป็นแบบเลือกตอบ (ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ = 0 คะแนน) คะแนนรวมยิ่งสูงแสดงถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย (n = 110)

ด้านความรู้	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรค	8.42	1.25	ระดับสูง
การควบคุมอาหาร	7.95	1.38	ระดับปานกลาง
การใช้อายา	8.53	1.12	ระดับสูง
การออกกำลังกาย	8.01	1.30	ระดับสูง
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	8.29	1.15	ระดับสูง
โดยรวม	41.20	4.10	50

1.3 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.74, S.D. = 0.53) โดยด้านการใช้อายาและการมาตรวจตามนัดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูง สะท้อนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 110)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	S.D.	ระดับ
การใช้อายา	4.12	0.49	สูง
การมาตรวจตามนัด	4.08	0.51	สูง
การตรวจระดับน้ำตาล	3.68	0.55	สูง
การดูแลเท้า	3.52	0.60	สูง
การรับประทานอาหาร	3.45	0.58	สูง
การออกกำลังกาย	3.21	0.64	ปานกลาง
โดยรวม	3.74	0.53	สูง

2. ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลในชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลในชุมชน จำนวน 34 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในชุมชน (n = 34)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	บทบาท
บุคลากรสาธารณสุข	6	17.6	เป็นกลไกหลักของระบบบริการสุขภาพ
อสม.	15	44.1	เป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพ
ผู้นำชุมชน	5	14.7	สนับสนุนเชิงโครงสร้างและทรัพยากร
แกนนำสุขภาพ	8	23.6	กระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
รวม	34	100.0	

2.2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.88, S.D. = 0.69) โดยด้านการร่วมดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n= 34)

ด้าน	Mean	S.D.	ระดับ
การร่วมตัดสินใจ	3.65	0.72	สูง
การร่วมดำเนินงาน	4.02	0.61	สูง
การร่วมรับผลประโยชน์	3.94	0.68	สูง
การร่วมติดตามประเมินผล	3.52	0.75	สูง
รวม	3.88	0.69	สูง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการร่วมดำเนินงาน ซึ่งอาจอธิบายได้จากบริบทของตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่มีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ที่มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1977) ที่อธิบายว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทัฟเฟอเร และคณะ (Taffere et al., 2023) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของอาคินโทบี และคณะ (Akintobi et al., 2025) ที่รายงานว่าความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนและความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลจะอยู่ในระดับสูง แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น อาจสะท้อนว่าการประเมินผลการดำเนินงานยังคงเป็นบทบาทหลักของบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่สามารถดำเนินการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งผ่านบุคลากรสาธารณสุข กิจกรรมสุขศึกษา และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2024) ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (DSMES) ในระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ระดับความรู้ที่อยู่ในระดับสูงยังเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับระบบบริการสุขภาพในการวางแผนและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม แม้ความรู้โดยรวมจะอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้ด้านการควบคุมอาหารยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเด็นด้านโภชนาการอาจยังเป็นหัวข้อที่ระบบบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญเพิ่มเติมใน



การจัดกิจกรรมสุขศึกษาและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุตา อักษรดิษฐ์ และตลนภา ไชยสมบัติ (2023) ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมกกว่าจะมีแนวโน้มปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย อีกทั้งการได้รับคำแนะนำและการติดตามจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ตำบลพิชัยที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องผ่านคลินิกโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีระบบนัดหมายผู้ป่วยล่วงหน้า การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด และการประสานงานระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับอสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามกำหนด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรับบริการอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษาและปรับแผนการดูแลสุขภาพให้เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2024)) และการศึกษาของพาวเวอร์ และคณะ (Powers et al., 2020) ที่พบว่าระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายชุมชนมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารอาจได้รับอิทธิพลจากวิถีชีวิต ภาระงาน และข้อจำกัดส่วนบุคคล จึงควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติมผ่านกิจกรรมสุขภาพในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เมื่อพิจารณาภาพรวมของผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระบบบริการสุขภาพ เช่น การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด มีแนวโน้มอยู่ในระดับสูง ขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ยังมีข้อจำกัดบางประการ สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยทั้งศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากชุมชนควบคู่กันไป โดยสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff) ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ในการร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและเอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนว่าการบูรณาการการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการปรับวิถีชีวิต โดยเฉพาะกิจกรรมทางกายและโภชนาการ หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2) ควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นด้านที่ยังมีข้อจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

3) ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการร่วมวางแผนร่วมดำเนินงาน และร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4) หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนควรบูรณาการการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และนำไปสู่การควบคุมโรคอย่างยั่งยืนการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ควบคู่กับการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในการติดตามผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นประเด็นที่พบว่ามียกระดับต่ำกว่าด้านอื่นในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Akintobi, T. H., Yancey, E. M., Daniels, P., Mayberry, R. M., Jacobs, D., Berry, J., & Bowen, D. J. (2025). Harnessing the power of community engagement for population health. *Preventing Chronic Disease*, 22, E12. <https://doi.org/10.5888/pcd22.240123>
- Aksondit, S., & Chaisombat, D. (2023). *Factors associated with health care behaviors among patients with diabetes mellitus admitted to Thoeng Hospital, Chiang Rai Province [in Thai]*. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(1), 31–49. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/257334/176929>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- Audthiya, P., Wiwoot, P., & Kreuangchai, S. (2024). The Effects of Autonomy Support Program on Self-Management Behaviors and HbA1C Among Older Persons with Diabetes Mellitus in Hang Chat District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 11(1), 36–49.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation*. Cornell University Press.
- Health Data Center. (2025). *Report of diabetes mellitus patients and glycemic control in Pichai Subdistrict, Mueang Lampang District, Lampang Province*. Ministry of Public Health. <https://hdc.moph.go.th>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). <https://diabetesatlas.org>



- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E. D., Maryniuk, M. D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L. M., & Uelman, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*, 43(7), 1636–1649. <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>
- Taffere, G. R., Abebe, H. T., Zerihun, Z., Mallen, C., Price, H. P., & Mulugeta, A. (2023). Community engagement approaches in health research: A systematic review. *Journal of Public Health*, 31(4), 567–578. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01799-9>
- Versluis, A., Boels, A. M., van der Heijden, M. C. G., & de Vries, H. (2025). Diabetes self-management education and support delivered by mHealth interventions: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 42(3), e70002. <https://doi.org/10.1111/dme.70002>
- World Health Organization. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper and Row.

Factors Associated with Risk Behaviors of Stroke among Hypertensive Patients in Thung Chai Subdistrict Health Promoting Hospital, Uthumphorn Phisai District, Sisaket Province

Nanchapat Kaewthong*, Suchat Sujintawong^{1*}, Suchanan Thanyakunsajja*

(Received: September 8, 2025, Revised: January 19, 2026, Accepted: April 11, 2026)

Abstract

Patients with hypertension are at increased risk of stroke, which remains a major cause of disability and mortality in Thailand. Effective blood pressure control in accordance with prescribed treatment plans through consistent adherence to lifestyle modification and antihypertensive medication can significantly reduce the risk of stroke and related complications. This study aimed to examine stroke risk behaviors among patients with hypertension and to identify factors associated with these behaviors at Thung Chai Sub-district Health Promotion Hospital, Uthumphorn Phisai District, Sisaket Province. A descriptive cross-sectional study was conducted among 180 hypertensive patients selected by simple random sampling. Data were collected using structured questionnaires assessing personal factors, knowledge about stroke and stroke risk behaviors, perceptions of stroke warning signs and management, perceptions of stroke risk factors, and stroke risk behaviors. The reliability of the instruments, as measured by Cronbach's alpha coefficients, was .915, .919, and .780, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that overall stroke risk behaviors were at a low level (Mean = 1.97, S.D. = 0.54). Factors significantly associated with stroke risk behaviors included personal factors such as occupation ($p = .019$) and prior learning experiences related to stroke ($p < .001$). Predisposing factors included the level of knowledge about stroke ($p < .001$), while enabling factors included the type of healthcare facility utilized and smoking behavior ($p < .001$). Conclusion and Recommendations: Knowledge regarding stroke prevention was identified as a key factor influencing stroke risk behaviors among patients with hypertension. Therefore, healthcare professionals in community health centers should continuously implement educational interventions emphasizing quit smoking, dietary modification, and regular physical activity to reduce stroke risk in this population.

Keywords: Hypertension; Risk Behaviors; Stroke

*Faculty of Nursing, Shinawatra University

¹Corresponding author: suchat.s@siu.ac.th



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย
อำเภออุ้มผาง พิจิตร จังหวัดศรีสะเกษ

นันทวัฒน์ แก้วทอง*, สุชาติ สุจินตวงษ์^{1*}, สุชาพันธ์ ธัญญกุลสัจจา*

(วันรับบทความ: 8 กันยายน 2568, วันแก้ไขบทความ: 19 มกราคม 2569, วันตอบรับบทความ: 11 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด ความพิการทุพพลภาพและเสียชีวิตของคนไทย การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายตามแผน การรักษา โดยการปฏิบัติตัวและรับประทานยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคแทรกซ้อนได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย อำเภออุ้มผาง พิจิตร จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาระยะพหุคูณคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม ข้อมูล แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้การเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ปัจจัย เสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .915, .919 และ .780 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ระดับต่ำ (Mean = 1.97, S.D.=0.54) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ ($p=.019$) และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.001$) ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานบริการที่ใช้บริการ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < 0.001$) สรุปและข้อเสนอแนะ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็น ปัจจัยที่มีความสำคัญ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ โดยเน้น กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ และการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลดความเสี่ยงใน กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมเสี่ยง; โรคหลอดเลือดสมอง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

¹ผู้ประพันธ์บทความ: suchat.s@siu.ac.th



บทนำ

จากข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization; WSO) ในปี 2025 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่สองโดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 7 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของความพิการในอันดับที่สาม (Feigin et al., 2025) ซึ่งสาเหตุที่สำคัญเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งจากการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (World Health Organization: WHO, 2025) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งในปี 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 330.72 ต่อประชากรแสนคน และยังคงมีแนวโน้มสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Tiamkao, 2022) จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งจังหวัด จำนวน 3,056 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2786.65 ต่อแสนประชากร และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับในอำเภออุทุมพรพิสัยส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 138 ราย และเสียชีวิตถึง 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.05 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($IRR=1.0006$, 95%CI: 1.0005-1.0006, $p < .001$) (Tiamkao, 2025) และจากข้อมูลด้านสาธารณสุข ปี 2566 เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ พบว่า ประชากรในเขตดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไชย มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 524 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีเพียง 222 คน คิดเป็นร้อยละ 42.37 เท่านั้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่า มีระดับความรู้ต่ำ รับประทานอาหารรสเค็ม อาหารไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด การรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทานยา (Ban Thung Chai of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province, 2024) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบในบุคคลที่มีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น รายได้ (Levy, et al., 2020) และในบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกายและการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Cherfan, et al., 2020; Liu, et al., 2023)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัยหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้วิจัยจึงทบทวนแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด PRECEDE Model (Green, 1974 cited in Ua-Kit & Pensri, 2019) เป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนำ เช่น ปัจจัยภายในตัวบุคคล ความรู้ ทักษะ และความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และชุมชน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์



จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย อำเภอกงหราพัสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขและโอกาสในการลงมือปฏิบัติ จะช่วยให้สามารถวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างตรงประเด็นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้ในการวางแผนพัฒนากิจกรรมหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนนำไปปรับปรุงวิธีจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model เป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ (Green 1974 cited in Ua-Kit & Pensri, 2019) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนำ (ความรู้ การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง) ปัจจัยเอื้อ (สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และค่าดัชนีมวลกาย) และปัจจัยเสริม (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) ประกอบกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติครอบครัว และประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ ดังภาพที่ 1



ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- อาชีพ
- รายได้เฉลี่ย
- ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ประวัติครอบครัว
- ประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยนำ

- ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- ด้านการรับรู้การเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง
- ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเอื้อ

- สถานบริการสุขภาพที่รับบริการ
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- ค่าดัชนีมวลกาย

ปัจจัยเสริม

- การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง

- ด้านการรับประทานยา
- ด้านการรับประทานอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการความเครียด
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ด้านการมาพบแพทย์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไชย ตำบลทุ่งไชย อำเภอกงหรา พัทธสีมา จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไชย จำนวน 320 คน (โดยอ้างอิงตามข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568) กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Cochran, 1977) ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดช่วงความเชื่อมั่น (Z) (Confidence Interval; CI) เท่ากับ 95 % ค่าความคลาด



เคลื่อน (Margin of Error; E) เท่ากับ (.05 = ±5%) สัดส่วนประชากร (Population Proportion; p) เท่ากับ .5 (50%) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 คน รายละเอียด ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{E^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times .5 \times (1-.5)}{(.05)^2}$$

$$= 175$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 193 คน (Wongchana, T. 2021.) แต่มีข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 180 คน (Pungsuwan, P., et al. (2019)

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 2) ไม่มีโรคร่วม 3) ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไชย 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการสับสน หรือหลงลืม รวมถึงผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ไม่สุขสบายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ค่าดัชนีมวลกาย และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ลักษณะคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.00 – 79.99 (7-9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.00 – 49.99 (0-6 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามแบบสอบถามละ 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน เป็นข้อคำถามที่ข้อความมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วย = 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับเชิงบวก การแปลผลใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนตามบรูมและคณะ (Bloom, Madaus, & Hastings, 1971) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (22-27 คะแนน) หมายถึง การรับรู้โรคความดันโลหิตสูงอยู่ใน



ระดับดี คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (17-21 คะแนน) หมายถึง การรับรู้โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (9-16 คะแนน) หมายถึง การรับรู้โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ข้อความมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ = 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติบางครั้ง = 3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 และไม่ได้ปฏิบัติเลย = 1 และข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับเชิงบวก การแปลผลของคะแนนพฤติกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนน เฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่พัฒนาและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ ด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยได้ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) ได้เท่ากับ .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้อาการเตือนและการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .915, .919 และ .780 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยชินวัตร ตามรหัสหนังสือรับรอง IRB 2025/10 วันที่ 17 เมษายน 2567 ได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ และชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถตอบรับหรือปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลต่อสิทธิและการรักษาโรค ข้อมูลที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมและใช้ผลในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะทางประชากร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.30 มีอายุเฉลี่ย 70.04 (S.D.= 10.87) ปี อายุต่ำสุด 41 ปี สูงสุด 97 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 62.20 สถานภาพคู่ ร้อยละ 57.80 การศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 86.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.60 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 84.40 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 - 9 ปี ร้อยละ



42.20 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 27.20 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว ร้อยละ 84.40

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Mean = 11.05, S.D.=1.56) ด้านการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 24.64, S.D.=2.84) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (Mean = 25.48, S.D.=2.64) โดยปัจจัยนำทั้ง 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.90, 71.70 และ 80.60 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยนำด้านความรู้ การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 180)

ปัจจัยนำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1.ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	151(83.90)	26(14.40)	3(1.70)
2.ระดับการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	119(71.70)	36(20.00)	15(8.30)
3.ระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	145(80.60)	24(13.30)	11(6.10)

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สถานบริการสุขภาพที่รับบริการ ส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ร้อยละ 72.20 การสูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า ยังมีการสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 8.90 ดื่มสุรา ร้อยละ 18.20 และดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 28.90

ปัจจัยเสริม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 87.20

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.97, S.D.=0.54) ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.52, S.D.=0.83) ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.63, S.D.=0.58) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.40, S.D.=0.96) ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.80, S.D.=0.86) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.98, S.D.=0.91) และด้านการมาพบแพทย์อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.49, S.D.=0.89) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 180)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานยา	1.52	0.83	ระดับต่ำ
ด้านการรับประทานอาหาร	2.63	0.58	ระดับปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.40	0.96	ระดับปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	1.80	0.86	ระดับต่ำ
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1.98	0.91	ระดับต่ำ
ด้านการมาพบแพทย์	1.49	0.89	ระดับต่ำ
โดยรวม	1.97	0.54	ระดับต่ำ

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.019$) และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ปัจจัยอื่นที่พบว่า พบว่า สถานบริการที่ไปรับบริการและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณาปัจจัยนำในด้านด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้และการรับรู้เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.272$, $p<.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=180$)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			χ^2	p-value
	สูง จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยส่วนบุคคล					
อาชีพ				2.03	.019*
ว่างงาน	0(0)	16(8.89)	17(9.44)		
เกษตรกรรม	1(0.56)	22(12.22)	113(62.78)		
ข้าราชการ/ค้าขาย	0(0)	1(0.56)	10(5.55)		
ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				19.792	.000**
เคยมีประสบการณ์	0(0.00)	3(1.67)	149(82.78)		
ไม่เคยมีประสบการณ์	22(12.23)	5(2.78)	0(0.56)		
ปัจจัยอื่น					
สถานบริการที่ไปรับบริการ				117.681	.000**
โรงพยาบาลระดับจังหวัด	0(0.00)	4(2.23)	4(2.23)		
โรงพยาบาลระดับอำเภอ	0(0.00)	1(0.56)	37(20.50)		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0(0.00)	1(0.56)	129(71.67)		
คลินิกเอกชน	1(0.56)	3(1.67)	1(0.56)		
การสูบบุหรี่				86.021	.000**
ไม่สูบบุหรี่	1(0.56)	0(0.00)	140(77.78)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0(0.00)	8(4.45)	8(4.45)		
ยังสูบบุหรี่	23(12.78)	0(0.00)	0(0.00)		

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

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อาการเตือนและการจัดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 180)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	-0.272	.000**
ด้านการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	-0.012	.877
ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.101	.178

**p < .001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย อำเภออุ้มผางพิจัย จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.97, S.D.=0.54) ด้านการรับประทายยา อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.52, S.D.=0.83) ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.80, S.D.=0.86) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.98, S.D.=0.91) และด้านการมาพบแพทย์ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.49, S.D.=0.89) อธิบายได้ว่าทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบได้มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำทั้งด้านความรู้ การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง และได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขถึงร้อยละ 87.20 และด้านการมาพบแพทย์ ยังพบว่า การมารับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพตามนัด เพื่อเป็นการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแพทย์นัด ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ พฤติกรรมเสี่ยงจึงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โดยการกระตุ้นการมาตรวจตามแพทย์นัดช่วยลดหรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Tunthanongsakkul, Thiangtham, & Pichayapinyo, 2022) และการได้รับความรู้ที่ถูกต้องยังส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ นอกจากนี้การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิญญ์ ต้นสวรรค์ และอุษณีย์ รามฤทธิ์ (Tonsavan & Ramrit, 2023) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร พบว่า ด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.40, S.D.=0.96 และ Mean = 2.63, S.D.=0.58 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุมาก ไม่สามารถออกกำลังกายและรับประทานอาหารตามที่กำหนด ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า



ด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบางครั้ง ข้อที่มากที่สุด คือ ท่านปฏิบัติในการทำงานบ้าน ร้อยละ 45.20 (Wongchana, 2021) และด้านการรับประทานอาหารซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่น อาหารรสเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานรสเค็มที่มีโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งมีคอเลสเตอรอลเป็นองค์ประกอบจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Hörnsten, et al., 2016)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเอื้อ คือ สถานบริการที่ไปรับบริการและการสนับสนุน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.019$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จากผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำร้อยละ 62.78 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนทำงานทั่วไปมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเกษตรกร (Tipayamongkhogul, Kongtip, & Woskie, 2021) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองสงขลา พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง (Raksachol, Che-u-bong, & Chainapong, 2024) และประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคนที่มีความรู้มีประสบการณ์การเรียนรู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ อธิบายได้ว่าคนที่มีความรู้สามารถรับรู้สัญญาณ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีป้องกันได้ดีกว่า รวมถึงการเรียนรู้จากครอบครัวหรือชุมชนอย่างต่อเนื่องที่เป็นปัจจัยนำและปัจจัยเสริม รวมถึงการได้ช่วยเหลือเสริมแรงให้ผู้ที่เรียนรู้แล้วสามารถนำไปปฏิบัติจริง และรักษาพฤติกรรมที่ดีเหล่านั้นอย่างยั่งยืน (Pothiban, & Srirat, 2019)

ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.272$, $p < .001$) หมายถึง บุคคลที่มีความรู้สูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่กำหนดแรงจูงใจและการตัดสินใจในเชิงพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรู้ดีจะตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การไม่ควบคุมอาหาร การไม่ออกกำลังกาย หรือการสูบบุหรี่ จึงมีแนวโน้มลดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาทั้งหมด 42 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ แนวทางการป้องกัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Melak, Wondimsigegn, & Kifle, 2021)

ปัจจัยเอื้อ ในด้านสถานบริการที่ไปรับบริการและการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับบริการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ได้รับความรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอเด่นช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการใช้บริการ อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีเวลาในการแนะนำแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ (klinsakorn & saetan, 2020) และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ อธิบายได้จากการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากการศึกษา 14 เรื่อง พบว่าคนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ โดยมีอัตราส่วนความเสี่ยงเฉลี่ย 1.61 เท่า (95% CI: 1.34-1.93, $P < .001$) (Pan, Jin, Jun, Qiu, Zheng, & Pan, 2019) และคนที่ไม่สูบบุหรี่ก็มีสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น มีกิจกรรมทางกาย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการมีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ประชาชนสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง (Rahelić, et al., 2024; Zhang et al., 2023)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัด รสมัน รสเค็มจัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งควรรณรงค์ให้รับประทานผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน และเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักสีเขียว ตลอดจนส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่หลากหลายโดยเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 30 นาที/วัน ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้จะช่วยให้ลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อผสมผสานและสอดแทรกเข้ากับกิจกรรมอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อจะได้มีการรับรู้ความเสี่ยง และพร้อมกับการนำรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานไปขยายผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Ban Thung Chai of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province. (2024). *Annual report: Public health information 2023*. [Unpublished manuscript] (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Prentice Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
https://openlibrary.org/books/OL5219859M/Handbook_on_formative_and_summative_evaluation_of_student_learning
- Cherfan, M., Vallée, A., Kab, S., Salameh, P., Goldberg, M., Zins, M., & Blacher, J. (2020). Unhealthy behaviors and risk of uncontrolled hypertension among treated individuals-The CONSTANCES population-based study. *Scientific Reports*, 10(1), 1925.
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-58685-1>

- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., F Grupper, M., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*, 20(2), 132–144
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2023). *Health Data Center: Sisaket Provincial Public Health Office Health Region 10*. <https://hdc.moph.go.th/ssk/public/main> (in Thai)
- Hörnsten, C., Weidung, B., Littbrand, H., Carlberg, B., Nordström, P., Lövhelm, H., & Gustafson, Y. (2016). High blood pressure as a risk factor for incident stroke among very old people: a population-based cohort study. *Journal of hypertension*, 34(10), 2059–2065. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001048>
- Klinsakorn, C., & saetan, S. (2020). Factors associated with self-prevention behaviors against stroke among hypertensive patients with controlled blood pressure, Tha Chang District, Suphan Buri Province. *Journal of Community Public Health Council*, 2(2), 62–77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/243512/166112> (in Thai)
- Levy, M., Chen, Y., Clarke, R., Bennett, D., Tan, Y., Guo, Y.,.....& China Kadoorie Biobank Collaborative Group (2020). Socioeconomic differences in health-care use and outcomes for stroke and ischaemic heart disease in China during 2009-16: a prospective cohort study of 0.5 million adults. *The Lancet. Global health*, 8(4), e591–e602. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30078-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30078-4)
- Liu, Y., Wang, H., Bai, B., Liu, F., Chen, Y., Wang, Y., et al. (2023). Trends in unhealthy lifestyle factors among adults with stroke in the United States between 1999 and 2018. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1223. <https://doi.org/10.3390/jcm12031223>
- Melak, A. D., Wondimsigegn, D., & Kifle, Z. D. (2021). Knowledge, prevention practice and associated factors of stroke among hypertensive and diabetic patients - A systematic review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 3295–3310. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S324960>
- Pan, B., Jin, X., Jun, L., Qiu, S., Zheng, Q., & Pan, M. (2019). The relationship between smoking and stroke: A Meta-Analysis. *Medicine*, 98(12), e14872. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014872>
- Phuangsuwan, P., Silanoi, L., Srisawat, C., & Chairatana, P. (2019). A study of sample size determination among Thai researchers and Thai higher education students in quantitative research in social sciences, humanities, hospitality, tourism, and related fields. *Journal of Education Studies, Chulalongkorn University*, 47(1), 295–316. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/179824>
- Pothiban, L., & Srirat, C. (2019). Association between stroke knowledge, stroke awareness, and preventive behaviors among older people: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 21(3), 399–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12614>



- Rahelić, V., Perković, T., Romić, L., Perković, P., Klobučar, S., Pavić, E., & Rahelić, D. (2024). The role of behavioral factors on chronic diseases practice and knowledge gaps. *Healthcare*, 12(24), 2520. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242520>
- Tiamkao, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. <https://thaijoneuro.com/journal/bac02e13f16243da895cf20b00bbe51d> (in Thai).
- Tiamkao, S. (2025). Incident of uncontrolled chronic non-communicable diseases and mortality rate of stroke in 13 Health Regions. *Thai Journal of Neurology*, 44(4), 25-44. <https://thaijoneuro.com/journal/15fc42d4a52c499aaa071bcfe066f809> (in Thai)
- Tipayamongkholgul, M., Kongtip, P., & Woskie, S. (2021). Association between occupations and selected noncommunicable diseases: A matched case-control among Thai informal workers, *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12249. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12249>
- Tonsavan, K., & Ramrit, U. (2023). Promotion of health literacy and stroke prevention behaviors in patients with high-risk hypertension. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(1), 143-152. (in Thai)
- Ua-Kit, N., & Pensri, L. (2019). Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 38-48. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/203249> (in Thai)
- Wongchana, T. (2021). *Factors affecting to preventive behavior of stroke patients among uncontrolled-hypertensive patients in Muang District, Phitsanulok Province* (Master's thesis). <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/248966>
- World Health Organization. (2025). *Uncontrolled high blood pressure puts over a billion people at risk*. <https://www.who.int/news/item/23-09-2025-uncontrolled-high-bloodpressure-puts-over-a-billion-people-at-risk>
- Zhang, J., Cao, Y., Mo, H., & Feng, R. (2023). The association between different types of physical activity and smoking behavior. *BMC Psychiatry*, 23(1), 927. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05416-1>



Effectiveness of Brain Training Games Combined with Motivation on Brain
Function of the Older Adults in Older Adults Health Promotion Centers
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Wipa Iamsumang Jaramillo*, Tayarat Phuttimanee^{1**}, Pensri Pongraphapan*

(Received: November 2, 2025, Revised: January 4, 2026, Accepted: April 15, 2026)

Abstract

This one-group pretest-posttest study design aimed to examine the effectiveness of a brain-training game combined with motivational reinforcement in enhancing cognitive performance among older adults at the Elderly Health Promotion Center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. A sample of 50 participants was recruited to engage in the intervention, which consisted of a set of brain-training games designed to be diverse and to comprehensively stimulate four cognitive domains. The intervention also incorporated motivational elements through a reward-based system to increase participants' interest and engagement. The results indicated that the mean total cognitive performance score after the intervention (Mean = 28.61, S.D. = 1.01) was significantly higher than before the intervention (Mean = 25.20, S.D. = 1.17). Notable improvements were observed in memory domains, including registration and recall, as well as in visuospatial ability and executive function. Although the mean score for attention showed an increasing trend, the difference was not statistically significant ($p = 0.157$), which may be attributed to the relatively short duration of the intervention.

Brain-training games are capable of simultaneously stimulating multiple cognitive domains, thereby enhancing overall brain function, including cognition, memory, calculation, and language abilities. In addition, such games provide enjoyment and promote active engagement. When integrated with reward-based conditions, they can further enhance cognitive stimulation, improve memory, and increase participation. Therefore, brain-training games combined with motivational strategies can serve as an effective tool for promoting cognitive function in older adults, preventing cognitive decline, and delaying dependency associated with dementia.

Keywords: Brain training game; Cognitive performance; Memory; Older adults

*Faculty of Nursing, Nation University

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

¹Corresponding author: tayarat.phut@mail.bcnlp.ac.th



ประสิทธิผลของเกมฝึกสมองร่วมกับการใช้แรงจูงใจต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล*, ตยารัตน์ พุทธิมณี^{1*}, เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์*

(วันรับบทความ: 2 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ: 4 มกราคม 2569, วันตอบรับบทความ: 15 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้เกมฝึกสมองร่วมกับการใช้แรงจูงใจในการกระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ให้ได้รับเกมฝึกสมองร่วมกับการใช้แรงจูงใจ ซึ่งเกมฝึกสมองได้รับการออกแบบให้มีความหลากหลาย ครอบคลุมการกระตุ้นสมองทั้งสี่ด้าน และมีองค์ประกอบของการเสริมแรงจูงใจผ่านระบบรางวัล เพื่อเพิ่มความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองรวมหลังการฝึกเกม (Mean = 28.61, S.D. = 1.01) สูงกว่าก่อนการฝึก (Mean = 25.20, S.D. = 1.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบการพัฒนาเด่นชัดในด้านความจำทั้ง (registration) และ (recall) รวมไปถึงมิติสัมพันธ์ (visuospatial) และการคิดบริหารจัดการ (executive function) แม้ว่าค่าเฉลี่ยด้านความสนใจ (attention) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.157$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าระยะเวลาในการฝึกที่สั้นอาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้

เกมฝึกสมองสามารถกระตุ้นการทำงานของสมองหลายด้านไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ ทำให้เพิ่มสมรรถภาพสมองด้านการรับรู้ ด้านความจำ ด้านการคำนวณ และด้านการใช้ภาษา อีกทั้งเกมยังสร้างความสนุกสนานและช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ และหากเกมมีเงื่อนไขของการเล่นโดยการให้รางวัล จะช่วยกระตุ้นการรับรู้ ส่งเสริมความจำ และสร้างการมีส่วนร่วม ดังนั้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองในผู้สูงอายุ ป้องกันการทำหน้าที่สมองที่แย่ลง และชะลอการเกิดฟิงฟิงที่มีสาเหตุมาจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: เกมฝึกสมอง; สมรรถภาพทางสติปัญญา; ความจำ; ผู้สูงอายุ

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประพันธ์บทความ: tayarat.phut@mail.bcnlp.ac.th



บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (complete aged society) อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.00 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28.55 ภายในปี พ.ศ. 2578 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2021) จากข้อมูลเชิงพื้นที่ พบว่าจังหวัดลำปางเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงมาก โดยรายงานของกรมอนามัยระบุว่าในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดลำปางมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 198,510 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 28.01 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจัดว่าเป็นการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Pantra, Hanrop, & Klaipeng, 2022) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่กลายเป็นประเด็นเร่งด่วน ทั้งด้านการส่งเสริมศักยภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุ ได้นำมาสู่ความท้าทายด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญคือ ภาวะเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมอง (cognitive decline) ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระ และภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (Alzheimer’s Disease International, 2023) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 152 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 โดยเฉลี่ยแล้วจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นทุก ๆ 3 วินาที ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจำนวนหนึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้ เช่น การขาดกิจกรรมทางปัญญา การแยกตัวจากสังคม ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรัง และวิถีชีวิตที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ (Livingston et al., 2020)

ภาวะสมองเสื่อมมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้น ผู้สูงอายุเริ่มมีความจำ การวางแผน การคิดและตัดสินใจลดลงเล็กน้อย แต่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี 2) ระยะปานกลาง ผู้สูงอายุเริ่มมีความจำลดลงชัดเจน การสื่อสาร และเข้าใจที่ใช้เวลานาน ดังนั้นการทำกิจวัตรประจำวันต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือมากขึ้น เช่น การอาบน้ำ การบริหารเงิน การเดินทาง เป็นต้น และ 3) ระยะรุนแรง ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมด และอาจสูญเสียการสื่อสาร อารมณ์วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย หรือไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้ และไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ (สถาบันประสาทวิทยา, กรมการแพทย์, 2563) ภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นมักแสดงออกในรูปแบบของภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment [MCI]) แม้ไม่รุนแรงถึงขั้นกระทบกิจวัตรประจำวัน แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ขาดกิจกรรมทางปัญญา ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือมีโรคเรื้อรังร่วม (Nakruea, 2019; Siripanich, 2018) ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI มักมีปัญหาด้านความจำ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป จากข้อมูลของ สมาคมโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s Association, 2023) พบว่า ประมาณร้อยละ 12.00–18.00 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะ MCI และในแต่ละปีประมาณร้อยละ 10.00–15.00 ของผู้ที่มี MCI จะพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ จากการสำรวจในประเทศจีนประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า อัตราความชุกของ MCI อยู่ที่ประมาณร้อยละ 15.50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในประเทศไทยอัตราความชุกของ MCI อยู่ระหว่างร้อยละ 21.30–30.80 โดยในการติดตามผลระยะเวลา 3 ปี พบว่า ร้อยละ 22.40 ของผู้ที่มีภาวะ MCI มีพัฒนาการไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ขณะที่ร้อยละ 21.30 มีลักษณะอาการที่ไม่คงที่ (Nakruea, 2019) ในระดับพื้นที่จังหวัดลำปาง ซึ่งมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ พบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุวัย 70–79 ปี สูงถึงร้อยละ 4.20 จากการคัดกรองประชากรใน 14 ชุมชนของตำบลเวียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 1,905 คน (Thammawat, n.d.) ข้อมูลดังกล่าว



สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและดำเนินมาตรการป้องกัน ตลอดจนการส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

การส่งเสริมภาวะสมองเสื่อมตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, กรมการแพทย์, 2563) ใช้กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การส่งเสริมด้านโภชนาการ การจัดการพฤติกรรม หรือการใช้ยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นที่ได้รับความสนใจอย่างมาก คือการจัดกิจกรรมด้วยการนำเกมมาใช้ในการป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมอย่างเต็มรูปแบบได้อย่างมีนัยสำคัญ (Livingston et al., 2020; WHO, 2019) โดยกิจกรรมการส่งเสริมด้านกิจกรรมกระตุ้นสมองที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น การฝึกความจำ การแก้ปัญหา การฝึกปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตั้งแต่ระยะ MCI มีแนวโน้มที่จะชะลอการถดถอยของสมรรถภาพทางสมองได้นานขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริม (Nguyen et al., 2021) นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ (cost-benefit analysis) ในระดับระบบสุขภาพ การชะลอหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น โดยการใช้โปรแกรมการฝึกสมองแบบกลุ่มหรือเทคโนโลยีดิจิทัลฝึกสมอง สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวได้อย่างมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล การดูแลแบบพึ่งพิง และค่าดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล (Paterson et.al., 2025)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยสามารถชะลอความเสื่อมของสมองได้โดยการกระตุ้นการทำงานของสมองผ่านการฝึกสติปัญญา ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเสริมสร้างการทำงานของสมองใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านความสนใจใส่ใจ (Attention) ซึ่งเน้นการฝึกสมาธิและความสามารถในการจดจ่อกับสิ่งเร้าตรงหน้าในช่วงเวลาหนึ่ง อันเป็นพื้นฐานสำคัญของกระบวนการรับรู้และการจดจำ 2) ด้านความจำ (Memory) เป็นการฝึกความสามารถในการเก็บรักษาข้อมูลที่รับรู้ไว้ในหน่วยความจำระยะสั้นและระยะยาว 3) ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) เป็นการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับตำแหน่งและทิศทางของตนเองในพื้นที่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการเคลื่อนไหวและการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 4) ด้านการบริหารจัดการ (Executive function) เป็นกระบวนการที่ช่วยเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อใช้ในการตัดสินใจและวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (Udomitthiphong, 2021) นอกจากนี้การศึกษานี้ผ่านมาพบว่า การใช้เกมฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและหรือมีภาวะ MCI กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สามารถเล่นเกมได้ตามความถี่ที่กำหนดอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ด้านสมรรถภาพสมองหลังการเล่นเกมฝึกสมองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเล่นเกม (Nakruea, 2019) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการใช้เกมเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสมอง พบว่า ภายหลังจากใช้เกมกระดาน กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Moonthienthong, Bubpa & Jaitieng, 2023) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกสมองผ่านเกมที่ออกแบบมาอย่างมีโครงสร้างมีพัฒนาการด้านความเร็วในการประมวลผล (processing speed) ความจำใช้งาน (working memory) และทักษะการให้เหตุผล (reasoning) อย่างชัดเจน และผลลัพธ์ยังคงอยู่ได้นานถึง 5 ปีหลังสิ้นสุดการฝึก ขณะเดียวกัน การศึกษาจากบริบทของไทยยังพบว่า เกมกระดาน เกมแอปพลิเคชัน รวมถึงกิจกรรมหมากรุกหรือไพ่ที่จัดในกลุ่มทางสังคม สามารถพัฒนาความจำสมาธิ และการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน (Phrommasorn, Chantrasorn, & Phoyam, 2021)

การสร้างแรงจูงใจผ่านรางวัล (motivation through rewards) เป็นแนวคิดสำคัญเสริมแรงบวกที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ซ้ำ ๆ (Skinner, 1938) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัลด้วยการเล่นเกม เช่น คะแนน คำชื่นชม หรือประกาศนียบัตร ช่วยกระตุ้นให้ระบบสมองหลังโดปามีน (dopamine) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมระยะยาว (Li et.al., 2025) การได้รับรางวัลหลังจบกิจกรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Maslow, 1970) ในระดับของการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-actualization) ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการของบุคคลในการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ทั้งนี้ บุคคลจะมีแนวโน้มเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงในทางบวก (Wongasa, 1996) ซึ่งการได้รับรางวัลจึงมีผลต่อการประเมินคุณค่าและยอมรับตนเองในเชิงบวก และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในขณะที่เล่นเกมในกิจกรรมกลุ่ม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมอาสาสมัคร ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งผลดีต่อการทำงานของสมอง (Kelly et al., 2017) นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้สามารถกระตุ้นระบบประสาท ส่งเสริมการสร้างเซลล์สมองใหม่ และช่วยชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Nguyen et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า การส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองส่วนใหญ่มุ่งเน้นการชะลอภาวะสมองเสื่อมด้วยการใช้เกมฝึกสมอง แต่ยังไม่พบการใช้แรงจูงใจผ่านรางวัล (Motivation through Rewards) ร่วมกับเกมฝึกสมอง ดังนั้น คณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญการส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองในผู้สูงอายุ จึงพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยเกมที่มีความสอดคล้องกับสมรรถภาพสมองแต่ละด้าน ได้แก่ ความสนใจ (attention) ความจำ (memory) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) และการคิดบริหารจัดการ (executive function) ร่วมกับการใช้แรงจูงใจผ่านรางวัล ได้แก่ การให้คะแนน คำชื่นชม และการให้ของรางวัล ซึ่งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้สมองแต่ละด้านถูกกระตุ้นผ่านกระบวนการฝึกความจำ (memory training) ส่งเสริมการรู้คิด (cognitive stimulation) และทำให้สามารถชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาสำคัญในการป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อยที่ก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมอง

สมมติฐานการวิจัย

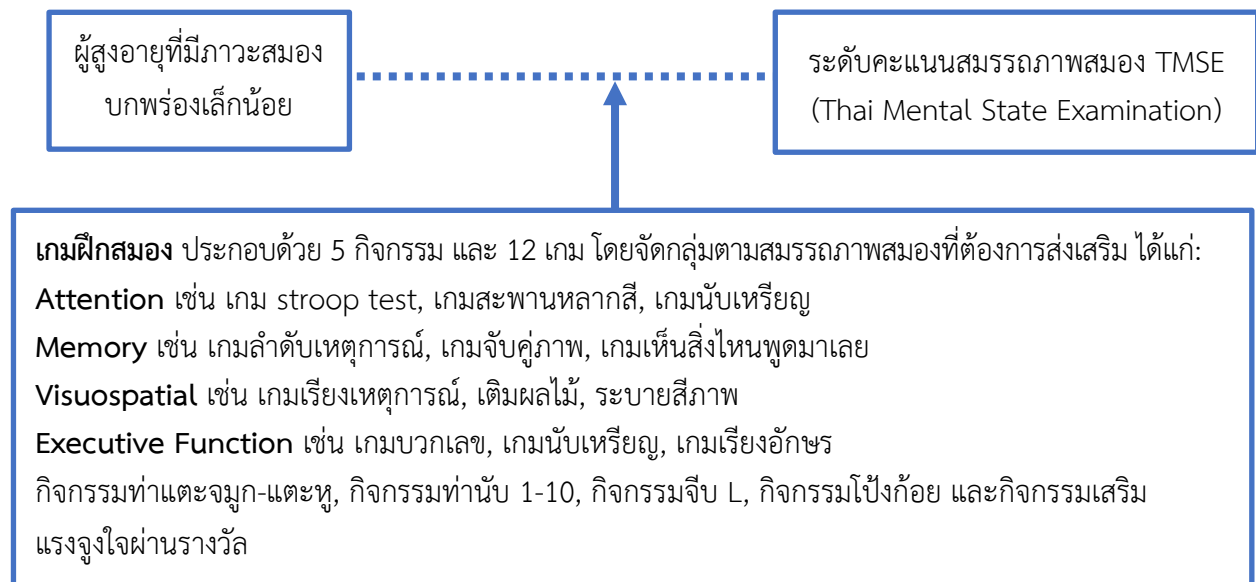
ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยที่ใช้เกมฝึกสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนใช้เกมฝึกสมอง

กรอบแนวคิด

งานวิจัยนี้มีพื้นฐานจากแนวคิดด้านการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ โดยมุ่งพัฒนาเกมฝึกสมองเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสมองและสุขภาวะจิตใจ ผ่านการออกแบบกิจกรรมที่มีแรงเสริมเชิงบวกและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีสำคัญ คือ ทฤษฎีหน่วยความจำ (Memory Model) (Atkinson & Shiffrin, 1968) ซึ่งเสนอโมเดลโครงสร้างของหน่วยความจำ ได้แก่ ความจำแบบประสาทสัมผัส (Sensory Memory), ความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) และความจำระยะยาว (Long-Term Memory) โดยประยุกต์กลยุทธ์ช่วยจำ 5 ด้าน ได้แก่ การคำนวณ (Calculation) การจัดระเบียบ (Organization) การเชื่อมโยง (Association) การสร้างภาพในใจ (Imagination) และการใช้รหัสช่วยจำ (Mnemonics) ผ่านการกระตุ้นผ่านกิจกรรมที่มีรูปแบบชัดเจนร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยใช้การเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล (motivation through rewards)



(Skinner, 1938) ได้แก่ การให้คะแนน คำชื่นชม และการให้ของรางวัล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเกมฝึกสมอง ประกอบด้วย 12 เกม และ 5 กิจกรรม โดยจัดกลุ่มตามสมรรถภาพสมองที่ต้องการส่งเสริม ได้แก่ Attention เช่น กิจกรรมเกม Stroop Test กิจกรรมการนับเหรียญ Memory เช่น เกมจับผิดภาพ จับคู่ภาพ กิจกรรม Visuospatial เช่น เกมเรียงเหตุการณ์ กิจกรรมเติมผลไม้ และ กิจกรรม Executive Function เช่น เกมบวกเลข, เชาวงกต ร่วมกับกิจกรรมเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล จะช่วยกระตุ้น Brain Reward System ที่เกี่ยวข้องกับ dopamine ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้และความจำ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการใช้เกมฝึกสมอง (One group Pre - Post test design)

ประชากร : ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง จำนวน 350 ราย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จังหวัดลำปาง ช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

ประชากรที่ศึกษา : ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง มีคะแนนสมรรถภาพสมอง Thai Mini - Mental State Examination (TMSE) < 24 คะแนน ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จังหวัดลำปาง มีคะแนน TMSE < 24 คะแนน ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับสมอง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยินและสามารถอ่านออกเขียนได้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง เดือนมกราคม 2568 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*power ที่ระดับ $\alpha = 0.05$, Power = 0.95 กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 45 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่เพียงพอจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา



50 คน ซึ่งการจัดขนาดของกลุ่มในการเล่นเกมกลุ่มละ 3-4 คน กลุ่มตัวอย่างมารับบริการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติคัดเข้า คือ

1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับสมอง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยินและสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. คะแนนแบบประเมิน TMSE คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยคะแนน < 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563)

3. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน และสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

4. ไม่มีอาการกำเริบของโรค และไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ร้ายแรง เช่น ไข้ ปวดศีรษะรุนแรง หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อย สัญญาณชีพผิดปกติ หรือความดันโลหิตสูงผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับสมอง และความสามารถในการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทย

ส่วนที่ 2

แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) เป็นแบบประเมินความสามารถของสมอง 6 ด้าน ประกอบด้วย Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language, Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน TMSE ได้ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini – Mental state Examination (MMSE) ของ (Folstein, 1975) ตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Neurology Institute, 2020) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีการใช้งานในงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างแพร่หลาย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ เกมฝึกสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมของ ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ (2564) และกรมการแพทย์ (2564) ประกอบด้วย เกมฝึกสมองจำนวน 12 เกม และ 5 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมสมรรถภาพสมองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความสนใจใส่ใจ (attention) ความจำ (memory) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) และการคิดบริหารจัดการ (executive Function) ดังนี้

1. การกระตุ้นสมรรถภาพของสมอง

1.1 ด้านความสนใจใส่ใจ (attention) ทั้งหมด 5 กิจกรรม 3 เกม ได้แก่ กิจกรรมทำตะแคง-ตะหงาย, กิจกรรมทำนับ 1-10, กิจกรรมจับ L กิจกรรมโป้งก้อย และกิจกรรมเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล เกม stroop test เกมสะพานหลากสี และเกมนับเหรียญ

1.2 ด้านความจำ (memory) ทั้งหมด 5 กิจกรรม 3 เกม ได้แก่ กิจกรรมทำตะแคง-ตะหงาย กิจกรรมทำนับ 1-10 กิจกรรมจับ L กิจกรรมโป้งก้อย และกิจกรรมเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล เกมลำดับเหตุการณ์ เกมจับคู่ภาพ และเกมเห็นสิ่งไหนพูดมาเลย

1.3 ด้านมิติสัมพันธ์ (visuoconstruction) ทั้งหมด 5 กิจกรรม 3 เกม ได้แก่ กิจกรรมทำตะแคง-ตะหงาย กิจกรรมทำนับ 1-10, กิจกรรมจับ L กิจกรรมโป้งก้อย และกิจกรรมเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล เกมเรียงเหตุการณ์ กิจกรรมเติมผลไม้ และระบายสีภาพ



1.4 ด้านการคิดบริหารจัดการ (executive function) ทั้งหมด 5 กิจกรรม 3 เกม ได้แก่ กิจกรรมท่าตะแคง-ตะแคง กิจกรรมท่ายืน 1-10 กิจกรรมจับ L กิจกรรมโป้งก้อย และกิจกรรมเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล เกมบวกเลข เกมเขาวงกต และเกมเรียงอักษร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เกมฝึกสมองผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และนักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างเกมและกิจกรรม กระตุ้นสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทำให้ได้ค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.87-1.00

แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini - Mental State Examination ; TMSE) เป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 87.00 เท่ากัน โดยมีคะแนนเต็มคือ 30 คะแนน ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ได้นำแบบประเมินความสามารถในการรู้คิดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ทำให้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการทดลองใช้เกมฝึกสมอง แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ต้องมีผู้เล่นอย่างน้อย 2-3 คน กรณีเล่นครั้งแรกให้มีผู้ดำเนินเกมอย่างน้อย 1 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย ได้รับการดูแลตามปกติตาม ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ กฎกติกาการเล่น และให้กลุ่มตัวอย่างทำ Pre-test cognitive training ด้วยแบบประเมิน TMSE และแจกสมุดบันทึกประจำตัว

- 1) อธิบายและสาธิตวิธีการเล่นเกมทั้งหมด 12 เกม 5 กิจกรรม
- 2) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกมหรือกิจกรรม
- 3) จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่นเกมฝึกสมองครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้ที่ได้เหรียญคะแนนครบ 30 คะแนนเป็นคนแรก จะเป็นผู้ชนะ
- 4) จากนั้นผู้วิจัยแจกชุดกิจกรรมชุดที่ 1 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 (ด้านความจำ) เกมจับคู่ภาพ และเกมสะพานหลากสี กลับไปเล่นที่บ้านอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลงสมุดบันทึกประจำตัว แล้วนำกลับมาเพื่อรับรางวัลรวมกันกับท่านอื่นในครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการกลับมาเล่นเกมต่อ
- 5) นัดหมายเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์และกฎกติกาเล่นเกม

- 1) อธิบายและสาธิตวิธีการเล่นเกมทั้งหมด 12 เกม 5 กิจกรรม
- 2) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกมหรือกิจกรรม
- 3) จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่นเกมฝึกสมองครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้ที่ได้เหรียญคะแนนครบ 30 คะแนนเป็นคนแรก จะเป็นผู้ชนะ



4) จากนั้นผู้วิจัยแจกชุดกิจกรรมชุดที่ 2 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 (ด้านมิติสัมพันธ์) เกมภาพเรียงเหตุการณ์ และเกมเติมผลไม้ กลับไปเล่นที่บ้านอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลงสมุดบันทึกประจำตัว แล้วนำกลับมาเพื่อรับรางวัลรวมกันกับท่านอื่นในครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการกลับมาเล่นเกมต่อ

5) นัดหมายเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1

1) อธิบายและสาธิตวิธีการเล่นเกมทั้งหมด 12 เกม 5 กิจกรรม

2) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกมหรือกิจกรรม

3) จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่นเกมฝึกสมองครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้ที่ได้เหรียญคะแนนครบ 30 คะแนนเป็นคนแรก จะเป็นผู้ชนะ

4) จากนั้นผู้วิจัยแจกชุดกิจกรรมชุดที่ 3 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 3 (ด้านความสนใจใส่ใจ) เกม stroop test เกมสะพานหลากหลายสี, เกมนับเหรียญ กลับไปเล่นที่บ้านอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลงสมุดบันทึกประจำตัว แล้วนำกลับมาเพื่อรับรางวัลรวมกันกับท่านอื่นในครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการกลับมาเล่นเกมต่อ

5) นัดหมายเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2

1) อธิบายและสาธิตวิธีการเล่นเกมทั้งหมด 12 เกม 5 กิจกรรม

2) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกมหรือกิจกรรม

3) จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่นเกมฝึกสมองครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้ที่ได้เหรียญคะแนนครบ 30 คะแนนเป็นคนแรก จะเป็นผู้ชนะ

4) จากนั้นผู้วิจัยแจกชุดกิจกรรมชุดที่ 4 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 4 (ด้านการบริหารจัดการ) เกมเขาวงกต และเกมเรียงอักษร นำกลับไปเล่นที่บ้าน กลับไปเล่นที่บ้านอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลงสมุดบันทึกประจำตัว แล้วนำกลับมาเพื่อรับรางวัลรวมกันกับท่านอื่นในครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการกลับมาเล่นเกมต่อ

5) นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง post-test cognitive training ด้วยแบบประเมิน TMSE และตรวจสมุดบันทึกประจำตัวพร้อมมอบรางวัล ในสัปดาห์ถัดไป

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามโปรแกรมของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2567-039 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การรักษาความลับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้และการขอถอนตัวได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้อาจนำไปใช้ประโยชน์หรือเผยแพร่ในภาพรวมของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมอง ด้วยสถิติ pair t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 76.89 ปี (S.D. = 9.08) ครึ่งหนึ่งมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.90 ส่วน



ใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 94.40 สองในสามจบการศึกษาระดับประถมต้น คิดเป็นร้อยละ 33.30 เกินครึ่งมีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 66.70 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับสมอง และไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2.ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย พบว่าหลังการใช้เกมฝึกสมองเกมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ (orientation) การบันทึกความจำ (registration) สมาธิ (attention) การคำนวณ (calculations) ภาษา (language) และการเรียกความจำ (recalls) โดยเมื่อพิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) จากการทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกด้าน ยกเว้นด้านสมาธิ (attention) ที่มีค่า $p = .157$ ซึ่งไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แสดงให้เห็นว่าการใช้เกมฝึกสมองมีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุโดยรวม ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมอง (n=50)

รายการ	Mean	S.D.	p-value
ด้าน Orientation			
ก่อนเล่นเกม	5.72	0.696	0.001**
หลังเล่นเกม	5.94	0.452	
ด้าน Registration			
ก่อนเล่นเกม	2.81	0.479	0.001**
หลังเล่นเกม	2.94	0.236	
ด้าน Attention			
ก่อนเล่นเกม	4.72	0.826	0.157
หลังเล่นเกม	4.94	0.236	
ด้าน Calculations			
ก่อนเล่นเกม	2.44	0.856	0.000**
หลังเล่นเกม	3.00	0.343	
ด้าน Language			
ก่อนเล่นเกม	8.31	1.061	0.000**
หลังเล่นเกม	9.67	0.752	
ด้าน Recalls			
ก่อนเล่นเกม	2.11	1.022	0.000**
หลังเล่นเกม	2.39	0.916	
ภาพรวม			
ก่อนเล่นเกม	25.20	1.171	0.001**
หลังเล่นเกม	28.61	1.017	

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



การอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของเกมฝึกสมองต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง ที่ออกแบบเพื่อกระตุ้นสมอง 4 ด้าน ได้แก่ ความสนใจใส่ใจ (attention) ความจำ (memory) มิติสัมพันธ์ (visuoconstruction) และการคิดบริหารจัดการ (executive function) ต่อสมรรถภาพทางสติปัญญาของผู้สูงอายุชายและหญิงที่เป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้เกมฝึกสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางสมองสูงกว่าก่อนการใช้เกมฝึกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการใช้เกมฝึกสมองเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30–45 นาที รวมจำนวน 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกสูงขึ้นกว่าก่อนเล่นเกม (Mean = 28.61, 25.20) และ S.D. = 1.01, 1.17) (ตามลำดับ) หลังการฝึกเกมเพียง 4 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของกิจกรรมฝึกสมองในรูปแบบเกมที่ออกแบบให้สอดคล้องกับกลไกการทำงานของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความต่อเนื่อง และมีความสนุกสนานส่งเสริมแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม อธิบายได้ว่า แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพสมองคือ “Cognitive Training” หรือการฝึกฝนการทำงานของสมอง และ “Cognitive Stimulation” หรือการกระตุ้นสมอง โดย 12 เกม และ 5 กิจกรรมซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นกิจกรรมที่มีแนวทางชัดเจน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถเฉพาะทางของสมอง 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสนใจใส่ใจ (attention) โดยทั้ง 3 เกมที่กล่าวมาข้างต้น ทำหน้าที่กระตุ้นสมอง ได้แก่ สมองส่วนหน้า (frontal lobe) สมองด้านข้าง (parietal lobe) และสมองทาลามัส (thalamus) ในการถ่ายทอดและทำหน้าที่คัดกรองข้อมูลต่าง ๆ ต่อการรับรู้หรือความสนใจ 2) ด้านความจำ (memory) ได้แก่ เกมลำดับเหตุการณ์ เกมจับคู่ภาพ เกมเห็นสิ่งไหนพูดมาเลย โดยทั้ง 3 เกมที่กล่าวมาข้างต้น ทำหน้าที่กระตุ้นสมอง ได้แก่ ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) สมองกลีบขมับ (temporal lobe) และสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งเกมและกิจกรรมที่ใช้จะช่วยสร้างและจัดเก็บข้อมูลใหม่ โดยเฉพาะความจำเชิงเหตุการณ์ ภาษา และเสียง ในการเรียกคืนข้อมูลหรือความทรงจำโดยเฉพาะการเปลี่ยนความจำระยะสั้นให้เป็นระยะยาวดีขึ้น 3) ด้านมิติสัมพันธ์ (visuoconstruction) ได้แก่ เกมเรียงเหตุการณ์, เติมผลไม้, ระบายสีภาพ โดยทั้ง 3 เกมที่กล่าวมาข้างต้น ทำหน้าที่กระตุ้นสมอง ได้แก่ สมองด้านข้าง (parietal lobe) สมองท้ายทอย (occipital lobe) สมองกลีบขมับ (temporal lobe) และสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการประมวลผล การรับรู้ การแปลความหมาย การวางแผน การจดจำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมองเห็นหรือการจัดการสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน และ 4) ด้านการคิดบริหารจัดการ (executive function) ได้แก่ เกมบวกเลข เกมเขาวงกต และเกมเรียงอักษร โดยทั้ง 3 เกมที่กล่าวมาข้างต้น ทำหน้าที่กระตุ้นสมอง ได้แก่ เปลือกสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) เป็นส่วนหน้าของสมองกลีบหน้าผาก ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ โดยจะเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่คิดไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ซ้ำ ๆ จะช่วยกระตุ้นสมองเกิดการจดจำ และสามารถจัดการข้อมูลต่าง ๆ อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำ 5 กิจกรรม ร่วมกับการเล่นเกมแต่ละครั้ง ได้แก่ กิจกรรมท่าตะแคง-ตะหงาย กิจกรรมทำนับ 1-10 กิจกรรมจับ L กิจกรรมโป้งก้อย และการเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล โดยกิจกรรมที่นำมาเป็นการกระตุ้นสมองด้านความทรงจำ ความสนใจ และการคิดบริหารจัดการ นอกจากนี้ยังเป็นการเชื่อมโยงการทำงานของสมองซีกซ้ายและขวา อีกทั้งการเสริมแรงจูงใจผ่านรางวัล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อความสนใจใฝ่ใจนั้น ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่องในการเล่นเกมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอสมองเสื่อมได้ โดยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมอง ด้วยแบบประเมิน TMSE



ก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 25.20 เป็น 28.61 ($p < .001$) โดยเฉพาะสมองด้านความจำ (registration และ recall) ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 8.31 เป็น 9.67 ($p < .001$) ด้านการคำนวณ และการคิดบริหารจัดการ (Executive Function) ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามด้านที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือ ด้านความสนใจ (Attention) แม้ว่าคะแนนด้าน Attention จะเพิ่มจาก 4.72 เป็น 4.94 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.157$) สอดคล้องกับงานวิจัยของปาริชาติ คำแสง (2562) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการฝึกสมาธิหรือความสนใจใช้เวลาไม่น้อยกว่า 6–8 สัปดาห์ ดังนั้นการใช้เกมฝึกสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในภาพรวมและในหลายด้าน โดยเฉพาะความจำ ภาษา และการคำนวณ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกมฝึกสมองเป็นแนวทางหนึ่งในการชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานำเกมฝึกสมองไปประยุกต์ใช้ในการชะลอสมองเสื่อมในผู้สูงอายุรายอื่น เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบท

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของเกมฝึกสมองต่อภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อยหรือปานกลาง
2. ควรมีการศึกษา 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังใช้เกมฝึกสมองของทั้ง 2 กลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- Alzheimer's Disease International. (2023). *World Alzheimer report 2023: Reducing dementia risk*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023.pdf>
- Department of Medical Services. (2021). *Manual for developing brain potential in elderly people with mild cognitive impairment for health personnel*. Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Medicine for the Elderly, Sinthawee Printing Company Limited. (in Thai)
- Institute of Neurology, Department of Medical Services. (2020). *Clinical practice guideline for dementia* (full version). Ministry of Public Health.
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., Power, J. E. M., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Li, Y., Li, S., Liu, H., Xu, L., Liao, S., Bao, J., Xi, Y., & Song, X. (2025). Effects of serious games on memory improvement in older adults without obvious cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Games for Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/g4h.2025.0015>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.

- Moonthienthong, A., Bubpa, N., & Jaitieng, A. (2023). The effects of a board game exercise program on cognitive function in older people. [*Specify journal or proceedings title if available*], 271–283.
- Nakruea, C. (2019). The effect of cognitive training games on cognitive performance in the elderly. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 84–96.
- Nguyen, L., Murphy, K., Andrews, S., & Gonzalez, C. (2021). The impact of social engagement and cognitive training on brain health among older adults: A randomized controlled trial. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 643–657. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.643089>
- Neurology Institute. (2020). Clinical practice guideline for Dementia. Department of Medicine, Ministry of Public Health.
- Neurology Institute. (2020). Guidelines for caring stroke patient. Department of Medicine. Department of Medicine, Ministry of Public Health.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2021). *Population projections for Thailand 2010–2040*. <https://www.nesdc.go.th> (in Thai)
- Pantra, W., Hanrop, C., & Klaipeng, T. (2022). Elderly population structure in the northern provinces: A case study of Lampang. *Thai Journal of Aging Research*, 8(1), 10–19.
- Paterson, L., Elliott, R. A., Constantinidou, F., David, R., Dawes, P., Frison, E., Hann, M., Hussain, H., Leroi, I., Politis, A. M., Thodi, C., Camacho, E. M., & SENSE-Cog Study Team. (2025). The cost-effectiveness of an intervention to preserve independence in people with dementia (vs. no intervention): A decision-analytic (Markov) model analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(7), e70132. <https://doi.org/10.1002/gps.70132>
- Phrommasorn, R., Chantrasorn, T., & Phoyam, P. (2021). Traditional social games and cognitive functions in Thai elderly. *Journal of Health Promotion*, 9(2), 33–42.
- Siripanich, A. (2018). *Situation of the Thai elderly 2017*. October Printing Company Limited. (in Thai)
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century.
- Thammawat, N. (n.d.). *Cognitive impairment screening in aging population in Muang district, Lampang Province*. Lampang Public Health Office Report.
- Udomittipong, D., Channakorn, P., Narongsak, T., & Chimnakboon, N. (2021). Cognitive stimulation for elderly people with mild cognitive impairment. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 15(1), 62–83. (in Thai)
- Wongasa, C. (1996). *Effects of training on the self-esteem of 5th grade students* [Bachelor of Science thesis, Srinakharinwirot University]. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>

Effectiveness of the Clinical Practice Guideline for Patients Receiving Peripheral Nerve Block at Thong Pha Phum Hospital

Natejira Kerdgumtorn^{1*}

(Received: November 17, 2025, Revised: February 23, 2025, Accepted: March 3, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study utilized a one-group pretest–posttest design to assess the effectiveness of a patient care guideline for individuals receiving peripheral nerve block (PNB) at Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Province, Thailand. The sample comprised 30 surgical patients who underwent peripheral nerve block anesthesia and were selected through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Data collection occurred from March to September 2025. Research instruments included a knowledge questionnaire (KR-20 = .75), a practice questionnaire (KR-20 = 1.00), and a satisfaction questionnaire (Cronbach’s alpha = .73). Data analysis used descriptive statistics and paired t-tests.

The results indicated that the mean knowledge score following guideline implementation (Mean = 14.03, S.D. = 1.19) was significantly higher than the pre-implementation score (Mean = 9.70, S.D. = 2.25; $p < .001$). Patients demonstrated correct self-care practices in 86.70% of cases, with all participants achieving a good level of practice. Overall satisfaction reached the highest level (Mean = 4.33, S.D. = 0.27), and all patients reported high satisfaction ($\geq 80\%$). In summary, the developed patient care guideline for peripheral nerve block effectively increased patient knowledge, promoted appropriate self-care practices, and enhanced patient satisfaction. This guideline may be applied to improve the quality of anesthesia services in community hospital settings.

Keywords: Effectiveness; Patient care guideline; Peripheral nerve block

*Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Province

¹Corresponding author: natejira402@gmail.com



ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย Peripheral nerve block ในโรงพยาบาลทองผาภูมิ

เนตรจิรา เกิดกำธร^{1*}

(วันรับบทความ: 17 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ: 23 กุมภาพันธ์ 2569, วันตอบรับบทความ: 3 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ (KR-20 = .75) แบบสอบถามการปฏิบัติตัว (KR-20 = 1.00) และแบบสอบถามความพึงพอใจ (Cronbach's alpha = .73) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean=14.03, S.D.=1.19) สูงกว่าก่อนใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย (Mean=9.70, S.D.=2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ร้อยละ 86.70 ปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.33, S.D.=0.27) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (คะแนนที่ ≥ 80) ร้อยละ 100.00 สรุปได้ว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการทางวิสัญญีในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ; แนวทางการดูแลผู้ป่วย; การระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย

^{*}โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

¹ผู้ประพันธ์บทความ: natejira402@gmail.com



บทนำ

การระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย เป็นเทคนิคทางวิสัญญีที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดรอบเส้นประสาท เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณความเจ็บปวด ซึ่งสามารถควบคุมความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งระหว่างและหลังผ่าตัด เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และช่วยให้ฟื้นตัวได้รวดเร็วขึ้น (Smith et al., 2023) การระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายเป็นทางเลือกหรือส่วนเสริมที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแทนการดมยาสลบทั่วไป ช่วยควบคุมความเจ็บปวดได้ดีขึ้นทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด และยังหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความพึงพอใจมากขึ้น และยังลดการใช้ก๊าซดมยาสลบซึ่งทำให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น (Ratto et al., 2024) แม้การระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายจะเป็นเทคนิคที่มีความปลอดภัยสูงเมื่อดำเนินการตามมาตรฐาน แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากยาชา การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่อาจเกิดจากการดูแลและการประเมินที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม (Anesthesiology Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, 2023) การใช้การระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายที่มีประสิทธิภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคนิคทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวทั้งในขณะก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำหัตถการ โดยเฉพาะการจัดท่าทางให้แก่ผู้ป่วยการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายขณะทำหัตถการ และเฝ้าติดตามการดูแลวาระที่ยังมีอาการชาภายหลังการระงับความรู้สึก หากผู้ป่วยขาดการเตรียมตัวที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ก่อให้เกิดการเกร็งตัวระหว่างทำหัตถการ และมีความร่วมมือลดลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการปฏิบัติหัตถการได้ การที่บุคลากรทางการแพทย์ช่วยสนับสนุนในการจัดเตรียมผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนทำ ขณะทำ และหลังการปฏิบัติหัตถการจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของอิสราเอลและแมคเลอรอย ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินติดตามผล สามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Israel & McLeroy, 1985) แม้ว่าจะงานวิจัยที่ผ่านมาได้รายงานผลของการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกว่าช่วยเพิ่มความรู้อะลุลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และยังไม่พบการพัฒนาแนวทางที่ออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีความหลากหลายทางภาษา และวัฒนธรรมอย่างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกสามารถเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ ดังเช่นการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่วยให้บุคลากรมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง (Yuyen, 2024) เช่นเดียวกับประจวบ บุญเลิศ (Boonlert, 2024) ที่พบว่าแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเน้นการให้ข้อมูลเป็นหลัก ยังไม่พบการพัฒนาแนวทางที่บูรณาการการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 มิติอย่างครบถ้วน และยังไม่ได้ออกแบบให้มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีความหลากหลายทางภาษา

โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับตติยภูมิ ขนาด 90 เตียง ให้บริการด้านศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ตลอด 24 ชั่วโมง จากสถิติการให้บริการการระงับความรู้สึกในปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวน 988, 1,327 และ 1,596 ราย ตามลำดับ และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง (Anesthesiology Department, Thong Pha Phum Hospital, 2024) ขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Regional Anesthesia และการระงับความรู้สึกเส้นประสาท



ส่วนปลาย เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทที่ขยายตัวของการใช้เทคนิคดังกล่าวในหน่วยงาน ในบริบทของโรงพยาบาลทองผาภูมิมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยชาวพม่าที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารด้วยภาษาไทย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการปฏิบัติหัตถการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าข้อจำกัดด้านภาษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว แม้ว่าโรงพยาบาลทองผาภูมิ จะมีระบบการให้คำแนะนำและการดูแลผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการนำเครื่องอัลตราซาวด์มาใช้เพิ่มความแม่นยำในการปฏิบัติหัตถการ แต่ด้วยบริบทของโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ชายแดนทำให้มีความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรมจึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการเตรียมผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การสื่อสารกับผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ที่จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร ทำให้การให้ข้อมูลใช้เวลานานขึ้น และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการรับรู้ข้อมูล โดยเฉพาะในหัตถการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยสูง เช่น การจัดท่าทาง การผ่อนคลายระหว่างทำการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย และการดูแลผู้ป่วยที่ยังมีอาการชาภายหลังหัตถการ จากการทบทวนการปฏิบัติงานในหน่วยวิสัญญี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อสารเป็นส่วนมาก และต้องใช้เวลาในการให้สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มขึ้นจากปกติประมาณ 10-15 นาทีต่อราย ส่งผลให้กระบวนการเตรียมผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถอธิบายขั้นตอนการทำหัตถการหรือแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการได้รับการระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรเฉพาะทางในโรงพยาบาลชุมชน การให้ข้อมูลที่ไม่เป็นระบบหรือขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล อาจทำให้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลจึงควรคำนึงถึงปัจจัยด้านภาษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทรัพยากรบุคลากร และระบบบริการที่มีอยู่เดิม โดยบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Israel & McLeroy, 1985) เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยมีความครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล อารมณ์ ทรัพยากร และการประเมินติดตามผล พร้อมทั้งจัดทำสื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ดังนั้นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงมุ่งเน้นให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลชุมชน และมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ
2. เพื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย มีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ในระดับมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



กรอบแนวคิด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Israel & McLeroy, 1985) เป็นตัวแปรต้น โดยประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินและติดตามผล ซึ่งถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลทองผาภูมิ กลไกของแนวทางดังกล่าวคาดว่าจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติตัว และความพึงพอใจ โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยเปิดรับข้อมูลได้ดีขึ้น การสนับสนุนด้านข้อมูลช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอน และการดูแลตนเอง ส่งผลโดยตรงต่อระดับความรู้และความถูกต้องในการปฏิบัติตัว ขณะที่การสนับสนุนด้านทรัพยากรช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของกระบวนการรักษา และการสนับสนุนด้านการประเมินและติดตามผลช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถสะท้อนความคิดเห็นต่อบริการได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงคาดว่าแนวทางการดูแลที่บูรณาการการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการสูงขึ้น

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก
เส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ

- 1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) โดย
การสร้างสัมพันธภาพ สื่อสารพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ
ซักถาม ให้กำลังใจ ให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
- 2.การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support)
โดยการสอนและบรรยายให้ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตน
เกี่ยวกับกระบวนการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย
- 3.การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)
โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน
ในการระงับความรู้สึก
4. การสนับสนุนด้านการประเมินและติดตามผล
(Appraisal Support) โดยการติดตามเยี่ยมหลังการระงับ
ความรู้สึกติดตามอาการของผู้ป่วย และประเมินระดับความ
พึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับการระงับความรู้สึก

- 1.ความรู้
- 2.การปฏิบัติตัว
- 3.ความพึงพอใจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest quasi-experimental design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ ตั้งแต่ เดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 มีจำนวนทั้งหมด 189 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ใช้สถิติทดสอบตระกูล t-test (paired samples) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2021)

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ
- 2.ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร (พูด และฟัง) ภาษาไทยได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ภาษาเมียนมาในการสื่อสารสามารถเข้าร่วมการศึกษาได้โดยมีล่ามช่วยแปลภาษาเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างถูกต้องและเข้าใจตรงกัน
- 3.ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้
- 4.ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย
- 2.ผู้ป่วยที่มีภาวะทางระบบประสาทหรือภาวะสับสนที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล
- 3.ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรงซึ่งอาจมีผลต่อการประเมินผลลัพธ์ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตำรางานวิสัญญี แนวทางเวชปฏิบัติการทำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (Regional Anesthesia Club of Thailand, under the Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2017) ผู้เชี่ยวชาญ และประสบการณ์ เป็นแผนกิจกรรมการให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วย แผนการสอนการเตรียมความพร้อม แผ่นพับเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ และการฝึกปฏิบัติทำนอนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ใช้เวลาในการให้คำแนะนำ 15 นาที การให้ความรู้ดำเนินการโดยใช้สื่อแผ่นพับที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาเมียนมา ประกอบภาพประกอบที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการอธิบายด้วยวาจา การสาธิต และการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยด้วยวิธีการสอนกลับ (Teach-back method) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยหรือพยาบาลผู้ให้ความรู้จะอ่านเนื้อหาให้ฟังและอธิบายประกอบภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้อง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัด ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก และ การจำแนก



สภาพผู้ป่วยตามเกณฑ์สมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (ASA Physical Status Classification: ASA Class) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ เป็นแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัว เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ ภายหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามลำดับ โดยมีระดับการวัดข้อมูลแบบเรียงลำดับ (ordinal scale) และเมื่อนำคะแนนรวมสามารถวิเคราะห์ในระดับอัตรภาคชั้นได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามและบันทึกคำตอบ ณ หอผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์จาก โรงพยาบาลทองผาภูมิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลวิสัญญีจาก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย จำนวน 15 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามการปฏิบัติตัว จำนวน 10 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 1.00–1.00 และมีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 1.00 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อทดสอบความชัดเจนของแบบสอบถามและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 1.00–1.00 และมีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 1.00 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าพยาบาล ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ และดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โดยประเมินผลก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลประมาณ 30 วัน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 30 ฉบับเพื่อนำมาวิเคราะห์

2. ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม สร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง



3. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติที่กำหนด เพื่อสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดกระบวนการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำส่งโครงร่างวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ EC.NO.28/2568 รับรองวันที่ 29 สิงหาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นรวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนแบบสอบถามทั่วไป ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัด ประวัติการได้รับการระบายความรู้สึก และ ASA Class แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระบายความรู้สึก เส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ paired t- Test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระบายความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โรงพยาบาลทองผาภูมิ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ได้แก่ ลักษณะข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน จึงเลือกใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.96 (S.D.= 20.04) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 36.70 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้าง ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ไม่มีประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 83.30 ไม่เคยได้รับการระบายความรู้สึก ร้อยละ 83.30 และ ASA Class ส่วนใหญ่เป็น Class 2 ร้อยละ 73.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	66.70
หญิง	10	33.30



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
18-20	5	16.70
21-30	5	16.70
31-40	3	10.00
41-50	4	13.30
51-60	4	13.30
61 ปี ขึ้นไป	9	30.00
Mean = 44.96, S.D. = 20.04, Max = 76, Mi =18		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	20.00
มัธยมต้น	2	6.70
มัธยมปลาย/ปวช.	8	26.70
ปริญญาตรี	3	10.00
ไม่ได้เรียน	11	36.60
อาชีพ		
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	25	83.33
ค้าขาย	2	6.68
รับจ้าง	1	3.33
ข้าราชการ	1	3.33
รัฐวิสาหกิจ	1	3.33
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	24	80.00
ความดันโลหิตสูง	1	3.33
ไขมันในเลือดสูง	1	3.33
ความดันโลหิตสูง/ไทรอยด์	1	3.33
เบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง/Asthma	1	3.33
อื่น ๆ	2	6.68
ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร		
มีประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร	0	0.00
ไม่มีประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร	30	100.00
ประวัติการผ่าตัด		
ไม่เคย	25	83.30
เคย	5	16.70
ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก		
ไม่เคย	25	83.30
เคย ชนิด การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย	5	16.70



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ASA Class		
1	1	3.33
2	22	73.34
3	7	23.33

2.ระดับความรู้คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย

ก่อนทดลองใช้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 36.70 และหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายเพิ่ม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 93.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.70 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ร้อยละรวมก่อนและหลังใช้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-8 คะแนน)	11	36.70	0	0.00
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	9	30.00	2	6.70
สูง (12-15 คะแนน)	10	33.30	28	93.30

หลังการทดลองใช้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ก่อน และหลังการทดลองใช้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เส้นประสาทส่วนปลาย	n	Mean	S.D.	t	p
Pre-test	30	9.70	2.25	8.34	<0.001
Post-test	30	14.03	1.19		

Paired t-test, $p < .001$

3.ระดับการปฏิบัติตัวคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย

เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติตัวเป็นรายข้อพบว่า หลังทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 86.70 และไม่ถูกต้องเพียง ร้อยละ 13.30 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก
เส้นประสาทส่วนปลาย (n=30)

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย	ปฏิบัติได้ถูกต้อง จำนวน	ร้อยละ
ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก		
1.ผู้ป่วยได้น้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หรือ 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด	30	100.00
2.ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายอาบน้ำ สระผม ล้างเล็บ ถอดเครื่องประดับของมีค่า คอนแทคเลนส์ ฟันปลอม รับประทานหรือดยาตามแพทย์สั่ง	30	100.00
3.ผู้ป่วยสามารถจัดทำตามคำแนะนำก่อนให้การระงับความรู้สึกเส้นประสาท ส่วนปลาย แต่ละตำแหน่งได้	30	100.00
ขณะให้ยาระงับความรู้สึก		
4.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในขณะให้ยาระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โดย ไม่ขยับตัวหนีขณะแทงเข็ม นอนนิ่งๆ	30	100.00
5.ผู้ป่วยพยายามอยู่นิ่ง ๆ และผ่อนคลายมากที่สุดไม่เกร็งตัวหรือผื่น	26	86.70
6.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทดสอบระดับการชาหลังให้ยาระงับความรู้สึก เส้นประสาทส่วนปลาย เช่น ตอบทุกคำถามที่ถาม บอกลักษณะการชาที่เกิดขึ้น ได้ตรงกับทดสอบ	28	93.30
7.หลังฉีดยาชาผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ เช่น เวียนศีรษะ ตาลาย คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก	30	100.00
หลังให้ยาระงับความรู้สึก		
8.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล บริเวณที่ได้รับการระงับความรู้สึกอย่างเคร่งครัด	30	100.00
9.ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือใช้งานบริเวณที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้ทันที ที่รู้สึกปกติ	30	100.00
10.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลัง ให้ยาระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย	30	100.00

หลังทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย กลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนสามารถปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี (คะแนนที่ $\geq$ ร้อยละ 80.00) ร้อยละ 100.00
ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก
เส้นประสาทส่วนปลาย (n=30)

ระดับการปฏิบัติตัว	หลังใช้แนวทาง จำนวน (คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี (0-8 คะแนน)	0	0.00
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	0	0.00
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (12-15 คะแนน)	30	100.00

4.ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เส้นประสาทส่วนปลาย

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.33, S.D.=0.27) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก
เส้นประสาทส่วนปลาย (n=30)

ข้อคำถาม	n	ผลคะแนนความพึงพอใจ		
		Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.เนื้อหาครอบคลุมทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย	30	4.16	0.37	มากที่สุด
2.เนื้อหาและภาพประกอบเข้าใจง่าย	30	4.53	0.50	มากที่สุด
3.การสอนการจัดท่าในการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายมีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง	30	4.66	0.47	มากที่สุด
4.เวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูลมีความเหมาะสม	30	4.00	0.00	มากที่สุด
5.ข้อมูลที่ให้มีประโยชน์ทั้งก่อน ขณะ และหลังให้การระงับความรู้สึก	30	4.26	0.44	มากที่สุด
6.ข้อมูลที่ให้ช่วยต่อการนำไปปฏิบัติ	30	4.36	0.49	มากที่สุด
รวมผลคะแนน	30	4.33	0.27	มากที่สุด

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1.ด้านความรู้ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ ร่วมกับการให้ความรู้โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านวิสัญญี โดยใช้สื่อสองภาษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับขั้นตอน ประโยชน์ และการดูแลตนเองก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ทั้งนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพและการลดความวิตกกังวล ยังช่วยเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเปิดรับข้อมูลได้ดีขึ้น ส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิผลมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก และพบว่าภายหลังจากให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Manochomphu, 2023) และสอดคล้องกับการศึกษาการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำอย่างเป็นระบบสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chaikate et al., 2025) ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการจัดกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการอธิบายขั้นตอนของการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทำหัตถการอย่างชัดเจน ประกอบกับการใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย



โดยเฉพาะการใช้สื่อสองภาษาในกลุ่มผู้ป่วยชาติพันธุ์ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านการสื่อสารและทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยกับพยาบาลวิชาชีพยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการรับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม อีกทั้งผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Israel & McLeroy, 1985) ซึ่งระบุว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนควบคู่กับการดูแลที่เอื้ออาทรและเป็นมิตร จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปิดรับข้อมูลได้มากขึ้น ส่งผลให้กระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ของผู้ป่วย

2.ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลดังกล่าวสะท้อนกลไกของแนวคิดการสนับสนุนด้านทรัพยากร และการประเมินติดตามผล กล่าวคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน การอธิบายขั้นตอนการทำหัตถการอย่างชัดเจน ตลอดจนการเฝ้าติดตามอาการหลังการระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถแปลความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญต่อความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น และส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Buaklom, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (Chantaslip & Satchawanit, 2021) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีการจัดกระบวนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการอธิบายขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวอย่างเป็นลำดับ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพและสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การติดตามอาการหลังการระงับความรู้สึกโดยพยาบาลวิชาชีพยังช่วยประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

3.ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้จากการบูรณาการการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และการประเมินติดตามผล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความใส่ใจ เข้าใจขั้นตอนการรักษา และสามารถสะท้อนความคิดเห็นต่อบริการได้ การรับรู้ถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทด้านภาษาและวัฒนธรรม ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการทางวิชาชีพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกต่อระดับความพึงพอใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้นและมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 (Kotaphan, 2024) และสอดคล้องกับการศึกษา



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยพบว่าการให้ข้อมูล การอธิบายขั้นตอนการรักษา และการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้น (Boonlert, 2024) ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับมากในการศึกษาครั้งนี้ อาจอธิบายได้จากลักษณะของแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีการจัดกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทำการหัตถการอย่างชัดเจน เนื้อหาถูกออกแบบให้เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้สะดวก นอกจากนี้ การดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลวิสัญญีและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ยังช่วยลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความมั่นใจในการรับการรักษา อีกทั้งการใช้สื่อสองภาษาช่วยลดอุปสรรคด้านการสื่อสารในผู้ป่วยชาติพันธุ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างเข้าใจและเอาใจใส่ จึงนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (clinical practice guideline) ในหน่วยงานวิสัญญีของ โรงพยาบาลทองผาภูมิ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางดังกล่าว เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เช่น สื่อสองภาษาในกรณีพื้นที่ที่มีผู้ป่วยหลากหลายเชื้อชาติ
3. สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลาย
4. ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องภายหลังการนำแนวทางไปใช้จริง เพื่อปรับปรุงเนื้อหา และกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เกี่ยวกับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความวิตกกังวล หรือความร่วมมือของผู้ป่วยระหว่างการทำการหัตถการ เพื่อประเมินผลกระทบของแนวทางการดูแลในมิติที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ควรพัฒนาและเปรียบเทียบรูปแบบสื่อการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น สื่อดิจิทัล แอปพลิเคชัน หรือวิดีโอสาธิต เพื่อประเมินประสิทธิผลของช่องทางการให้ความรู้ที่แตกต่างกันต่อความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้มีการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Anesthesiology Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. (2023). What is regional anesthesia? Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.
<https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/dept/departement-of-anesthesiology-th/> (in Thai)
- Anesthesiology Department, Thong Pha Phum Hospital. (2024). *Annual statistical report 2024*.
- Anesthesiology Department, Vibhavadi Hospital. (2023). *Interesting facts about general anesthesia administration*. <https://www.vibhavadi.com/th/blogs/interesting-facts-about-anesthesia-administration>

- Boonlert, P. (2024). Effects of developing a pre-anesthetic and preoperative patient visit guideline on anxiety reduction and complication prevention. *Public Health Research and Knowledge Exchange, Bueng Kan Provincial Public Health Office*. (in Thai)
- Chaikate, K., Chanpong, W., & Onthong, P. (2025). Effects of Preadesthesia Preparation Application on Knowledge, Anxiety of Preadesthesia Preparation, and Self-management of Pain among Clients Underwent One Day Surgery without Prior Anesthesia Experience from Anesthesia Team. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 17(1), 1–19. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/264610> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Israel, B. A., & McLeroy, K. R. (1985). Social networks and social support: Implications for health education. *Health Education Quarterly*, 12(1), 1–4.
- Juntasil, P., & Sujjawanich, C. (2021). Outcomes of pre-anesthetic patient preparation for total knee arthroplasty at Mahasarakham Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 5(10), 127–142. <https://www.thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/11242/9760> (in Thai)
- Kotaphan, W. (2024). Patient preparation pattern for anesthesia on anxiety and satisfaction at Kamalasai Hospital. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(2), 19–30. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/1599> (in Thai)
- Manochomphu, A. (2023). Effects of a patient preparation program on complication reduction among patients receiving spinal anesthesia at Pa Sang Hospital, Lamphun Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 3(2), 63–77. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260520> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Santananutgam, M. (2023). *Symptoms and diagnosis of peripheral neuropathy*. MedPark Hospital. <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/peripheral-neuropathy> (in Thai)
- Smith, R., Patel, A., & Nguyen, T. (2023). Effectiveness of peripheral nerve blocks for postoperative pain management: A meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia*, 136(1), 45–53.
- Sukumvit Hospital. (2023). *Frequently asked questions (Q&A) about general anesthesia*. <https://www.sukumvithospital.com/content.php?id=3781> (in Thai)
- Yuyen, G. (2024). Effectiveness of clinical practice guidelines for postoperative pain management among inpatients at Seka Hospital, Bueng Kan Province. *Public Health Research and Knowledge Exchange, Bueng Kan Provincial Public Health Office*. (in Thai)

Effects of Motivational Enhancement Therapy Program on Motivation,
Intention to Stop Drinking and Drinking Behavior among Persons with
Alcohol Problems at Kluai muang Public Health Service Center,
Kluai Phae Subdistrict, Mueng District, Lampang Province

Pradit Chaichana^{1*}, Badindet keawsuwan*, Wasana Mangkhung*

(Received: January 8, 2026, Revised: April 7, 2026, Accepted: June 19, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a motivational enhancement program on motivation, intention to quit alcohol consumption, and alcohol drinking behavior. The study compared participants' mean scores on these outcomes before and after the intervention. The sample consisted of 25 individuals with hazardous or harmful alcohol consumption who received services at Kluai Muang Public Health Center, Kluai Phae Subdistrict, Mueang District, Lampang Province. Participants were recruited through purposive sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, a Motivation Assessment Scale, an Intention to Quit Alcohol Consumption Scale, and an Alcohol Drinking Behavior Assessment Scale. The instruments were reviewed by a panel of experts to establish content validity. The Cronbach's alpha for the motivation, intention, and alcohol drinking behavior scales were .89, .92, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Ranks Test, and the paired t-test.

The results revealed that participants demonstrated significantly higher levels of motivation and stronger intentions to quit alcohol consumption following completion of the program. In addition, alcohol drinking behavior was significantly reduced compared with baseline ($p < .01$). These findings indicate that the motivational enhancement program was effective in enhancing motivation, strengthening the intention to quit drinking, and reducing alcohol consumption in the short term. Further research with extended follow-up is recommended to determine the long-term sustainability of the program's effects and to support sustained behavioral change and alcohol cessation among individuals in community settings.

Keywords: Alcohol Consumption Behavior; Intention to Stop Drinking; Motivational Enhancement Therapy; Persons with Alcohol Problems

*Faculty of Nursing, Nation University

¹Corresponding author: p.chain2014@gmail.com



ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจหยุดดื่ม
และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ศูนย์บริการสาธารณสุขกล้วยม่วง
ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประดิษฐ์ ชัยชนะ^{1*}, บดินทร์เดช แก้วสุวรรณ*, วาสนา มั่งคั่ง*

(วันรับบทความ: 8 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 7 เมษายน 2569, วันตอบรับบทความ: 19 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมดื่มสุราระดับเสี่ยงและระดับอันตราย ซึ่งรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกล้วยม่วง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 25 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแรงจูงใจ แบบประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 .92 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจสูงขึ้น มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรามากขึ้น และมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ความตั้งใจที่จะเลิกดื่ม และลดพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะสั้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ในการดูประสิทธิภาพความคงอยู่ของโปรแกรม เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการเลิกดื่มสุราในชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มสุรา; ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา; โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ; ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ ผู้ประสานงาน: p.chain2014@gmail.com



บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างอย่างรุนแรง โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2024 ระบุว่าแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สูงถึงประมาณ 3 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.30 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และยังเป็นปัจจัยเสี่ยง ลำดับที่ 7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย ในปี 2564 คนไทยมีอัตราการบริโภคเฉลี่ยสูงถึง 6.1 ลิตรต่อคนต่อปี ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 22,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 60 คน (Nontarak et al., 2025) โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนเปราะบางที่มีความต้องการการบำบัดรักษา เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้แอลกอฮอล์สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) กว่า 200 ชนิด โดยเฉพาะโรคตับแข็งที่มีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 30,000 รายต่อปี และยังเชื่อมโยงกับการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงถึงร้อยละ 13.00 (Department of Disease Control, 2023) นอกเหนือจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาจิตสังคมและความรุนแรง โดยพบว่า เป็นสาเหตุให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความรุนแรงระหว่างคู่รักร้อยละ 26.00 การทารุณกรรมเด็กร้อยละ 16.00 อุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 27.00 และการทำร้ายตนเองร้อยละ 18.00 (Gmel et al., 2023) ส่งผลให้มีการสูญเสียรายได้ ภาระค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และการลดลงของผลิตภาพในวัยแรงงาน นอกจากนี้การดื่ม แอลกอฮอล์ทำให้ต้องใช้ต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลกสูงกว่า 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยเฉพาะ ในประเทศรายได้ปานกลางที่คิดเป็นมูลค่าความเสียหายสูงถึงร้อยละ 1.60 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) (Manthey et al., 2021) เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในระดับพื้นที่ จังหวัดลำปาง สะท้อนถึงวิกฤตนี้อย่างรุนแรง โดยในปีพ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 59.50 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ (Lampang Provincial Public Health Office, 2022) โดยสถิติจาก โรงพยาบาลลำปาง ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคจากแอลกอฮอล์เฉลี่ยถึง 1,200 รายต่อ ปี โดยมีโรคตับ ตับอ่อนอักเสบ และอาการทางจิตเป็นพยาธิสภาพหลัก อีกทั้งการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่พบว่าร้อยละ 35.00 มีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากการดื่มแล้วขับ และแอลกอฮอล์ยังสาเหตุให้เกิดความรุนแรงใน ครอบครัว และการทารุณกรรมเด็กกว่าร้อยละ 50.00 ของบุคคลที่เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือ เมื่อเจาะลึกใน ระดับพื้นที่ของตำบลกล้วยแพะ ที่พบว่าแม้จะมีนโยบายควบคุมการดื่มสุราในพื้นที่ แต่สัดส่วนผู้ดื่มในเกณฑ์เสี่ยง และอันตราย (AUDIT score) กลับสูงถึงร้อยละ 25.40 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอย่างชัดเจน (The Center for Kluay Muang Public Health Service, 2022) ซึ่งผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ได้ จำกัดเพียงแค่ปัญหาสุขภาพของปัจเจกบุคคล แต่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับ ชุมชนไปจนถึงภาพรวมของประเทศ จากปัญหาแอลกอฮอล์ในชุมชนดังที่กล่าวข้างต้นจะเห็นถึงข้อจำกัดของ รูปแบบการดูแลในปัจจุบัน ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ การนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) มาใช้จึงเป็นแนวทางที่ มีความสำคัญยิ่ง

การสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอน (Transtheoretical Model of Change) แทนการบังคับหรือเผชิญหน้าแบบดั้งเดิม (Miller & Rollnick, 2013) จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือการปรับประยุกต์ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เข้าสู่ บริบทชุมชน โดย บูรณาการบทบาทของญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและสนับสนุนต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการปิดช่องว่างจากการบำบัดในโรงพยาบาลที่มักขาดความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การวิจัยในครั้งนี้จึง มุ่งเน้นการใช้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือในการสร้างความตระหนักรู้ การสำรวจความขัดแย้ง ภายใน และการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถควบคุมพฤติกรรม



การดื่มได้อย่างยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และกลไกในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และเหตุผลในการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้รับการยืนยันอย่างกว้างขวางผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสเมดส์ลันด์ และคณะ (Smedslund et al., 2021) พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพในระดับปานกลางถึงสูงต่อการลดปริมาณและความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟรอส และคณะ (Frost et al., 2018) ที่ระบุว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อบูรณาการร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ในเชิงกลไกการบำบัด การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis) โดยแมกิลล์ และคณะ (Magill et al., 2018) ยืนยันว่า ปัจจัยความสำเร็จของการลดการดื่มสุรามีความสัมพันธ์โดยตรงกับ ภาษาที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลง (Client Change Talk) ซึ่งเป็นการเน้นย้ำว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำงานผ่านการกระตุ้น แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ของผู้รับการบำบัดเป็นสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาจำนวนมากที่สนับสนุนการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย (Culturally Adapted) โดยพบว่ามีประสิทธิภาพสูงในกลุ่มประชากรไทย (Jitpitaklert et al., 2021) การศึกษาของกุลยา ใจมั่น และคณะ (Jaimun, et al., 2023) และการศึกษาของธัญพร บัวเหลือง และคณะ (Bualuang et al., 2018) ต่างพบผลลัพธ์เชิงบวกในทิศทางเดียวกันว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มคะแนน แรงจูงใจและความตั้งใจในการหยุดดื่ม และยังส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง นอกจากนี้การศึกษาของสายงามและคณะ (Saingam et al., 2013) พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (brief motivational intervention) สามารถลดทั้งความถี่และปริมาณการดื่มในผู้มารับบริการปฐมภูมิในบริบทภาคใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุง มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินผลต่อตัวแปรสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) แรงจูงใจ 2) ความตั้งใจในการหยุดดื่ม และ 3) พฤติกรรมการดื่มสุรา ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรารายได้ การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขกล้วยม่วง ตำบลกล้วยแพะ จังหวัดลำปาง โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 5 และ 6 ได้ดำเนินการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องมากกว่าบริบทในโรงพยาบาล โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุราในชุมชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการหยุดดื่ม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจหยุดดื่มหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ถูกออกแบบตามแนวคิดพื้นฐานของ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของโปรชาสกา และไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1982) และแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของมิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2013) โปรแกรมนี้เป็นการบำบัดที่เป็นระบบ โดยมุ่งกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) คือการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ให้ผู้ดื่มสุรามีความตั้งใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่ใช้การบังคับหรือการเผชิญหน้า (Confrontation) การบำบัดจึงช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถพัฒนาพฤติกรรมที่ต้องการได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) แบ่งเป็น 3 ระยะหลัก คือระยะที่ 1: การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) โดยมุ่งสร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราและกระตุ้นแรงจูงใจภายในและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 2: การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) โดยส่งเสริม Motivation วางแผนการปฏิบัติ และตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ร่วมกับการส่งเสริม self-efficacy และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีแรงจูงใจ และมีความตั้งใจในการหยุดดื่ม ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 2 ระยะคือ
ระยะที่ 1: การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง
ระยะที่ 2: การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง



1.แรงจูงใจ
2.ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา
3.พฤติกรรมการดื่มสุรา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One group pretest-posttest design) เสร็จสิ้นทันที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

บุคคลที่มี อายุ 18-59 ปี ได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อาศัยอยู่ในชุมชนที่ดูแลรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขกล้วยม่วง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 305 คน ตั้งแต่ 24 มิถุนายน- 24 พฤศจิกายน 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 ตามแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 1988) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05



ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่เหมาะสมจำนวน 19 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30.00 (Cohen, 1988) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากร 305 ราย โดยแบ่งชั้นตามคะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง (MMSE) กำหนดขนาดตัวอย่าง 25 ราย สุ่มเลือกตัวอย่างภายในแต่ละชั้นด้วยตารางเลขสุ่ม ป้องกันอคติจากการเลือก (Selection bias) โดยการใช้การเลือกแบบไม่ทราบผลการประเมินทางคลินิกอื่น ๆ (Blinded) และบันทึกเหตุผลทุกราย กรณีผู้ถูกคัดเลือกปฏิเสธหรือไม่สามารถติดต่อได้ จะทำการสุ่มแทนที่ด้วยรายถัดไปในบัญชีรายชื่อสำรองของชั้นภูมิเดียวกัน จนครบ 25 รายที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18-59 ปี 2) สามารถฟัง พูด และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยงและดื่มแบบอันตรายที่มีคะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในช่วง 8-19 คะแนน 4) มีการรับรู้ดี โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง (Mini Mental Status Examination: MMSE) ซึ่งต้องได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน และ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ 1) เคยเข้าร่วมโปรแกรมหรือได้รับการบำบัดสุราแบบอื่นมาก่อน 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิต โดยจิตแพทย์ และ 3) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมแล้วจึงดำเนินการรวบรวมการวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในโครงการการวิจัย ให้ข้อมูลในด้านการพิทักษ์สิทธิ และการลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. ดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุราแบบรายบุคคล ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรม และเก็บข้อมูลเอง โดยเก็บข้อมูลก่อนกิจกรรมครั้งที่ 1 และหลังจบกิจกรรมครั้งสุดท้ายทันที
4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ
- 1.2 แบบคัดกรองสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) เป็นแบบคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ในข้อคำถาม การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความ การคิดคำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าคะแนนรวมน้อยกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 30 หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อม 2) การศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 จากคะแนนเต็ม 30 หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อม และ 3) การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 จากคะแนนเต็ม 30 หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อม โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีค่าคะแนนในแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE) ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป

1.3 แบบประเมินแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Trans theoretical Model of Change: TTM) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีระดับคะแนนและความหมาย คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ/ปานกลาง 4 = เห็นด้วย และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งการแปลผลโดยค่าคะแนนทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความแรงใจในการหยุดดื่มสุราสูง โดย ค่าคะแนน 15-34 อยู่ในระดับแรงใจต่ำ ค่าคะแนน 35-54 อยู่ในระดับแรงใจปานกลาง ค่าคะแนน 55-75 อยู่ในระดับแรงใจสูง

1.4 แบบประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยรุ่งทิพา ใจจา ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวทฤษฎีการกระทำ ด้วยเหตุผลของเอจเซน และฟิชเบิน (Ajzen, I., & Fishbein, M) โดยใช้ในการประเมินความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลติดยาเสพติดเชียงใหม่ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับโดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ระดับความตั้งใจ โดยคะแนน ระดับความตั้งใจ การแปลผลคือ คะแนน 1 น้อยที่สุด = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุราน้อยที่สุด คะแนน 2 น้อย = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุราน้อย คะแนน 3 ค่อนข้างน้อย = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุราค่อนข้างน้อย คะแนน 4 มาก = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุรามาก คะแนน 5 ค่อนข้างมาก = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุราค่อนข้างมาก และ คะแนน 6 มากที่สุด = ข้อความนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเสพติดสุรามากที่สุด การแปลผลโดยค่าคะแนนทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง โดยค่าคะแนน 12-31 อยู่ในระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราต่ำ ค่าคะแนน 32-51 อยู่ในระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราปานกลาง ค่าคะแนน 52-72 อยู่ในระดับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูง

1.5 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจเป็นอันตรายหรือเสี่ยงต่อการติดสุราซึ่งเรียบเรียงและแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิติรัตนไพบูลย์ โดยมีรายละเอียดโครงสร้างแบบประเมิน AUDIT ประกอบด้วย 10 แต่ละคำถามมีค่าคะแนน 0-4 คะแนนรวมสูงสุด 40 คะแนน โดยแปลผลคือ: คะแนน 0-7 = การดื่มอยู่ในระดับปลอดภัย (เสี่ยงต่ำ) คะแนน 8-15 = การดื่มแบบอันตราย (เสี่ยงปานกลาง) คะแนน 16-19 เสี่ยงต่อการติดสุรา (เสี่ยงสูง) คะแนน 20 ขึ้นไป = มีแนวโน้มติดสุราและควรเข้ารับการรักษา (เสี่ยงสูงสุด)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจเป็นการบำบัดแบบ มีโครงสร้างมีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจนเป็นการเสริมสร้างแรงใจให้นำไปสู่การพัฒนาตัวเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Suanprung Hospital, 2022) โดยใช้แนวคิดของมิลเลอร์ และโรนิก (Miller & Rollnick, 2013) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโปรชาสก้า และไดคลีเมนเต้ (Prochaska & Diclemente, 1982) ที่ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 2 ระยะ

ระยะเวลา	โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ	ขั้นตอนการบำบัด 3 ระยะ
สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและตกลงบริการ ชื่อกิจกรรม ละลายกำแพง	ระยะที่ 1 การสร้างแรงใจในการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย
วันพุธ	กิจกรรมที่ 2 การรู้จักตนเองและประเมินแรงใจ ชื่อกิจกรรมเหรียญสองด้านรู้ทันตนเอง	กิจกรรมที่ 1-3
วันศุกร์	กิจกรรมที่ 3 ความรู้เรื่องโรคติดแอลกอฮอล์ ผลกระทบและการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่อ กิจกรรม รู้แล้วเลิก	

ระยะเวลา	โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	ขั้นตอนการบำบัด 3 ระยะ
สัปดาห์ที่ 2	กิจกรรมที่ 4 ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่อกิจกรรม จะได้อะไรเมื่อใจเปลี่ยน	ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4-6
วันพุธ	กิจกรรมที่ 5 แผนการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยญาติมีส่วนร่วม ชื่อกิจกรรม อยากร่วมด้วยช่วยฉันนะ	
วันศุกร์	กิจกรรมที่ 6 การปรับปรุงแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำโดยญาติมีส่วนร่วม ชื่อกิจกรรม ปรับเปลี่ยนสู่การเปลี่ยนแปลง	

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน โดยแบบประเมินแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และแบบประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา มีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.91 และ .93 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นมาจากโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาสูง ไม่ได้มีการนำมาพัฒนาตัดแปลง จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย WHO เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล มีความตรงของเนื้อหาสูง จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินแรงจูงใจ แบบประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีลักษณะระดับดื่มเสี่ยงและดื่มเสี่ยงปานกลาง จำนวน 25 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ทำให้ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินแรงจูงใจ แบบประเมินความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เท่ากับ .89 .92 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยได้รับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ AF11-02-013/2568 วันที่รับรอง 23 มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายและซักถาม ข้อสงสัยจากผู้วิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผลการวิจัยถูกนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา และพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยนำข้อมูลมาทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบมีการแจกแจงไม่ปกติ ในชุดข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจ และความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา จึงใช้สถิติ (Wilcoxon Signed Ranks Test และ พบมีการแจกแจงปกติในชุดข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุรา จึงทดสอบด้วย สถิติที (Paired T-Test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 อายุเฉลี่ย 48 ปี ระดับการศึกษา อยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-4,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุราในระดับเสี่ยงจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00 และระดับอันตรายจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00

2. คะแนนแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราหลังทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง และระดับเพิ่มขึ้น และคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราหลังทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยลดลง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้น และระดับลดลง ดังตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่ม และพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนนแรงจูงใจ และความตั้งใจในการหยุดดื่มของกลุ่มตัวอย่างทดสอบด้วยสถิตินอนพารามเมตริก (Non-Parametric) (Wilcoxon Signed Ranks Test) พบว่าคะแนนเฉลี่ย หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 และคะแนนพฤติกรรมการดื่มทดสอบด้วยสถิติที (Paired-T Test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง (n=25)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
แรงจูงใจ	30.76	9.17	ต่ำ	57.36	4.82	สูง
ความตั้งใจในการหยุดดื่ม	22.68	6.22	ต่ำ	43.96	3.29	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่ม	10.96	3.06	เสี่ยงปานกลาง	6.80	2.16	เสี่ยงต่ำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่ม ของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังทดลอง (n=25)

ข้อมูล	Mean (IQR) ก่อนทดลอง	Mean (IQR) หลังทดลอง	Positive Rank	Negative Rank	Ties	Z	p-Value
แรงจูงใจ	30.76 (12.50)	57.36 (6.50)	25	0	0	-4.375	< .001
ความตั้งใจหยุดดื่ม	22.68 (8.00)	43.96 (4.50)	25	0	0	-4.375	< .001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
ทดลอง (n=25)

ข้อมูล	Mean ก่อนทดลอง	Mean หลังทดลอง	S.D.	df	t	p-Value
พฤติกรรมการดื่ม	3.06	2.16	1.724	24	12.063	< .001

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจและความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม โดย แรงจูงใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 อาจเป็นผลเนื่องมาจากการใช้หลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ที่เน้นการสะท้อนความคิดภายใน การลดความขัดแย้งทางความคิด (Cognitive Dissonance) และการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) (Miller & Rollnick, 2013) การที่แรงจูงใจเพิ่มสูงขึ้นอาจมาจากกิจกรรมช่วงการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ชื่อกิจกรรม ละลายกำแพง กิจกรรมที่ 2 การรู้จักตนเองและประเมินแรงจูงใจ ชื่อกิจกรรมเหรียญสองด้านรู้ทันตนเอง และกิจกรรมที่ 3 ความรู้เรื่องโรคติดต่อแอลกอฮอล์ผลกระทบและการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่อกิจกรรมรู้แล้วเลิก ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มต่อสุขภาพ ครอบครัว และชีวิตประจำวัน ประกอบกับการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก เช่น Reflective listening, affirmations ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการใช้ผู้บำบัดคนเดิมเป็นผู้ให้การบำบัดโดยตรง อาจทำให้เกิดไว้วางใจ และความร่วมมือสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลยา ใจมั่น และคณะ (Jaimun et al., 2023), นุชณี เอี่ยมสะอาด และคณะ (Iamsaard et al., 2017) ที่รายงานว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) สามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (brief motivational intervention) สามารถลดทั้งความถี่และปริมาณการดื่มในผู้มารับบริการปฐมภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญ (Saingam et al., 2013) และการศึกษางานวิจัยหลายฉบับ (Meta-analysis) ยืนยันอย่างชัดเจนในคำพูดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลง (Client change talk) ที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์การลดดื่มสุราที่ดีขึ้น (Magill et al., 2018) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว การเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากตัวโปรแกรมการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจเป็นผลจากฮอว์ธอร์น (Hawthorne effect) เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินในชุมชนตำบลกล้วยแพะ จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีขนาดเล็กและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลค่อนข้างใกล้ชิดกัน โดยที่ผู้วิจัยลงพื้นที่ให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษกว่าภาวะปกติ ความรู้สึกนี้เพียงอย่างเดียวสามารถสร้างแรงจูงใจชั่วคราวให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยมีได้เกิดจากกลไกหลักของการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) อย่างแท้จริง ดังนั้นแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นในระยะทันทีหลังโปรแกรมจึงอาจถูกผนวกด้วยอิทธิพลของความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจที่ยั่งยืน

ความตั้งใจในการหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความตั้งใจหยุดดื่มหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่ม และการช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง

ตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล นอกจากนี้การออกแบบกิจกรรมที่ช่วยระบุเหตุผลที่ควรหยุดดื่ม (Change talk) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) นำไปสู่ความตั้งใจหยุดดื่ม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการทดสอบประสิทธิภาพของกลยุทธ์เสริมสร้างแรงจูงใจ การสะท้อนความเห็นอกเห็นใจ และองค์ประกอบเสมือนจริงในโปรแกรมบำบัดผ่านคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ดื่มสุรา: การศึกษาแบบแพททอเรียล โดยทดลองการบำบัดแบบสั้น ที่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อคว่าองค์ประกอบใดมีประสิทธิภาพที่สุดในการลดการดื่ม พบว่ากลยุทธ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Strategies) มีผลต่อการลดการดื่มและการตั้งใจลดการดื่ม (Intentions to reduce drinking) ซึ่งผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มความตั้งใจลดการดื่ม และลดพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grekin et al., 2022) อย่างไรก็ตามในประเด็นความตั้งใจหยุดดื่ม นั้น พบว่าบริบทชุมชนและอิทธิพลของญาติอาจมีบทบาทสำคัญยิ่งกว่าที่ปรากฏในเชิงสถิติ เนื่องจากในกิจกรรมที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมได้มีการให้ญาติมีส่วนร่วมในการชี้แนะและปรับแผนการดูแลตนเองที่บ้าน การที่ญาติซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดคอยกระตุ้น เตือน หรือให้กำลังใจนั้น อาจสร้างแรงกดดันเชิงบวกหรือการควบคุมทางสังคม (Positive social control) ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจหยุดดื่มมากขึ้น มากกว่าการสะท้อนคิดจากภายในตัวบุคคลตามหลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในบริบทชุมชนไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือกิ่งเมือง ตำบลกล้วยแพะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจ ดังนั้นความตั้งใจที่ประเมินได้หลังการทดลอง จึงอาจเป็นผลลัพธ์จากพลวัตของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ถูกกระตุ้นโดยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ไม่ได้เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพียงประการเดียว

พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงหลังการได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดื่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 3 โดยสังเกตได้ทั้งในระยะทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม อาจอธิบายได้จากโปรแกรมมีการจัดทำ แผนลดพฤติกรรมการดื่มส่วนบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สร้างความรับผิดชอบตนเอง (Self-responsibility) การติดตามอย่างต่อเนื่อง และกำลังใจจากผู้ให้โปรแกรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ที่พบว่าสามารถลดจำนวนครั้งและปริมาณการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ (Smedslund et al., 2021) ซึ่งผลการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ซึ่งอาศัยหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2013) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans theoretical Model of Change) โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) มากกว่าการบังคับหรือสอนสั่ง อีกทั้งโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างแรงจูงใจ 2) ระยะทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา และ 3) ระยะติดตามต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมโปรแกรมได้สำรวจความขัดแย้งภายใน ตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรา และร่วมกันวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่ม และการลดลงของพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างชัดเจน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของญาติในบางกิจกรรมของโปรแกรม (กิจกรรมที่ 5 แผนการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยญาติมีส่วนร่วม ชื่อกิจกรรม อยากร่วมด้วยช่วยชี้แนะ และกิจกรรมที่ 6 การปรับปรุงแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำโดยญาติมีส่วนร่วม ชื่อกิจกรรม ปรับเปลี่ยนสู่การเปลี่ยนแปลง) ซึ่งได้ทำกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อช่วยสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนตำบลกล้วยแพะ จังหวัดลำปาง ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การลดลงของพฤติกรรมการดื่มสุรา จากผลของการประเมินซ้ำ (Testing Effect) และอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (Social Desirability Bias) อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความคุ้นเคย

กับแบบประเมิน หรือเกิดการเรียนรู้จากครั้งแรกที่ตอบแบบประเมิน ส่งผลให้ในการประเมินครั้งหลัง (Post-test) มีแนวโน้มที่จะตอบในสิ่งที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้วิจัยหรือสังคม โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความสัมพันธ์แนบแน่น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องการแสดงออกให้เห็นถึงความร่วมมือ (Please-the-researcher effect) จึงทำให้ผลพฤติกรรมการดื่มที่ลดลงสูงกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ การทำกิจกรรมที่บ้านร่วมกับญาติยังเปิดโอกาสให้เกิดการเฝ้าระวังและควบคุมจากคนในครอบครัวโดยตรง ซึ่งแม้จะเป็นผลดีในระยะสั้น แต่ยากที่จะสรุปว่าพฤติกรรมที่ลดลงนั้นเกิดจากแรงจูงใจภายในที่ยั่งยืน หรือเกิดจากการถูกจับตามองและความเกรงใจญาติและผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบริบทปฐมภูมิดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการดื่มสุรา ควรนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไปทดลองใช้ภายใต้การอบรมและระบบกำกับติดตาม ก่อนนำรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราไปประยุกต์ใช้ ในการให้บริการเพื่อการปรับพฤติกรรมในผู้ดื่มสุราระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงในชุมชน
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับนักวิชาการและพยาบาลสามารถนำรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่ม และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ไปพัฒนารูปแบบการวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความเฉพาะในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น
3. ด้านการเรียนการสอน คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ไปประยุกต์ใช้สอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราเสี่ยงและอันตราย โดยใช้หลักแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ดื่มสุราระดับหรือผู้ที่ต้องการหยุดดื่มสุรานำโปรแกรมประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดแนวทางการรักษาที่หลากหลาย นอกจากการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในสิ้นสุดโปรแกรมทันที ของคะแนนแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิภาพความคงอยู่ของโปรแกรม
2. เนื่องจากมีข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การไม่มีกลุ่มควบคุม การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดตัวอย่างน้อย และการวัดผลหลังโปรแกรมทันที ส่งผลให้ความเที่ยงตรงภายใน (Internal Validity) ของผลลัพธ์ลดลง และมีผลลัพธ์ที่ดีในระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจ ความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในบริบทปฐมภูมิต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Alcohol Research Center. (2022). *Alcohol consumption situation in Thailand 2021* [Report]. Alcohol Research Center, Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.
- Bualuang, T., Hengudomsap, P., & Chaisanadallas, J. (2018). Effects of a motivational enhancement program on intention to quit and drinking behaviors of at-risk male drinkers. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 19(Special Issue), 104–115.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Annual report 2023 of the Division of Non-Communicable Diseases* [Report]. Graphic & Design Publisher.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behavior change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 13(10), Article e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- Gmel, G., Holmes, J., & Studer, J. (2023). Alcohol and violence: A review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19(1), 321–347.
- Grekin, E. R., Beatty, J. R., McGoron, L., Kugler, K. C., McClure, J. B., Pop, D. E., & Ondersma, S. J. (2022). Testing the efficacy of motivational strategies, empathic reflections, and lifelike features in a computerized intervention for alcohol use: A factorial trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(5), 543–553.
- Iamsaard, N., Somprasert, C., & Keowkingkeaw, S. (2017). Results of a motivational enhancement program on drinking behavior of alcohol-dependent persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(2), 45–52.
- Jaimun, K., Wisutthipan, P., & Koetdee, S. (2023). Effects of a motivational enhancement therapy program on alcohol reduction in the community. *Journal of Public Health Academic*, 32(2), 45–58.
- Jitpitaklert, W., Assanangkornchai, S., & Muekthong, A. (2021). Effectiveness of a culturally adapted motivational interviewing on drug use and sexual risk behaviors among female methamphetamine users in Thailand: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(6), 657–669.
- Lampang Provincial Public Health Office. (2022). *Report on health behavior survey of the population in Lampang Province, 2022*.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E., & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 140–157.
- Manthey, J., Hassan, S. A., Carr, S., Kilian, C., Kuitunen-Paul, S., & Rehm, J. (2021). The global burden of disease attributable to alcohol: A comparative risk assessment. *The Lancet Global Health*, 9(12), e1648–e1657.



- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Nontarak, J., Rehm, J., Rovira, P., & Assanangkornchai, S. (2025). Alcohol-attributable deaths in Thai people from 2015 to 2021 using the comparative risk assessment approach. *Alcohol, Clinical & Experimental Research*, 49(1), 142–152.
<https://doi.org/10.1111/acer.15489>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288.
- Saingam, D., Assanangkornchai, S., & Geater, A. F. (2013). The effect of brief motivational intervention on alcohol drinking frequency and amount among primary care attendees in southern Thailand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 122–127.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2021). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5). CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>
- Suanprung Hospital. (2022). *Therapist manual: Motivational Enhancement Therapy (MET) program* [Unpublished manuscript].
- The Center for Kluay Muang Public Health Service. (2022). *Preliminary report on individuals with alcohol consumption problems, Muang District, Lampang Province*.



Self-care Behaviors among Patients with Kidney Transplantation at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Naruemon Suyyai^{1*}, Saowanee Imong^{*},
Chalongrat Manoree^{*}, Khanittha Nilnate^{*},
Wanchai Lertwatthanawilat^{**}

(Received: January 20, 2026, Revised: April 9, 2026, Accepted: May 5, 2026)

Abstract

This descriptive study investigated self-care behaviors among patients following kidney transplantation, utilizing Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory as the conceptual framework. The sample comprised 217 patients attending follow-up visits at the Kidney Transplant Clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, selected through purposive sampling. Data collection involved personal information and self-care behavior questionnaires. Descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, were used for data analysis.

The results indicated that patients exhibited excellent self-care behaviors in medication adherence (Mean = 4.71, S.D. = 0.88), complication prevention (Mean = 4.28, S.D. = 1.07), and activities of daily living (Mean = 4.17, S.D. = 1.11). Good self-care behaviors were observed in emotional status (Mean = 3.99, S.D. = 1.11) and dietary intake (Mean = 3.66, S.D. = 1.30). Behaviors rated as moderate to good included consumption of high-cholesterol and high-potassium foods, fluid restriction while managing weight gain and edema, intake of foods high in Vitamin D, and increased food consumption during periods of anorexia. Regular exercise, social engagement after transplantation, and participation in hobbies to address boredom were also rated as moderate to good. These findings suggest that implementing a holistic nursing system may further enhance individualized self-care among post-kidney transplant patients.

Keywords: Kidney transplant; Orem's self-care deficit nursing theory; Self-care behaviors

*Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

**Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹Corresponding author: Naruemon.su@cmu.ac.th



พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นฤมล สฤษดิ์ใหญ่^{1*}, เสาวนีย์ อิ่มอ่อน*,
ฉลอมรัตน์ มะโนรี*, ขนิษฐา นิลเนตร*,
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ**

(วันรับบทความ: 20 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 9 เมษายน 2569, วันตอบรับบทความ: 5 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ ณ คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 217 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการรับประทานยา (Mean = 4.71, S.D. = 0.88) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.28, S.D. = 1.07) และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Mean = 4.17, S.D. = 1.11) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านอารมณ์ (Mean = 3.99, S.D. = 1.11) และด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 3.66, S.D. = 1.30) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อย่อยพบว่า มีบางข้อผู้ป่วยปฏิบัติได้ในระดับปานกลางถึงระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง การลดปริมาณน้ำดื่มเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีอาการบวมการรับประทานอาหารที่มีวิตามินดีสูง การหาวิธีรับประทานอาหารเช้าให้มากขึ้นด้วยวิธีต่าง ๆ เมื่อรู้สึกเบื่ออาหาร พฤติกรรมด้านหาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมหรือพบปะกับบุคคลอื่นหลังการปลูกถ่ายไต และการหางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกเบื่อต่อการปฏิบัติตามการรักษา ผลการวิจัยสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบองค์รวมที่เสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองเฉพาะรายในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต

คำสำคัญ: การปลูกถ่ายไต; ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

^{**}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Naruemon.su@cmu.ac.th



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบประชากรทั่วโลกประมาณ 843.6 ล้านคน มีความชุกของโรคในร้อยละ 1-5 ร้อยละ 13.40 และพบความชุกสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (Kovesdy, 2022) สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 ของประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประมาณการอยู่ที่ร้อยละ 17.50 (Vijitsoonthornkul, 2022) เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease: ESKD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต (Chaiprasert, 2018) นอกจากนั้นมีข้อมูลการบำบัดทดแทนไตของประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy: TRT Registry) ที่พบความชุกของผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2559 ถึง 2567 โดยมีจำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) 126,505 ราย ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) 23,059 ราย และผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) 7,506 ราย จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลรักษาในระยะยาวของระบบสาธารณสุข (Satirapoj, 2024)

การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (ESKD) เมื่อเทียบกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีเหตุผลสนับสนุนหลัก 3 ด้าน ดังนี้ 1) มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากการปลูกถ่ายไตช่วยให้ผู้ป่วยมีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ลดข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ และไม่ต้องยึดติดกับตารางการฟอกไตที่เข้มงวด 2) มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในระยะยาว ถึงแม้การปลูกถ่ายไตจะมีค่าใช้จ่ายในช่วงแรกที่สูงจากการผ่าตัด แต่ในระยะยาวถือว่ามีความคุ้มค่ามากกว่าการฟอกไต เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายต่อเนื่องทุกสัปดาห์ 3) มีอัตราการรอดชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต เนื่องจากการปลูกถ่ายไตเป็นการแทนที่หน้าที่ของไตที่เสียไปได้อย่างสมบูรณ์ (Shaikh et al., 2025) ในส่วนของการปลูกถ่ายไต เป็นการผ่าตัดนำไตของผู้อื่นที่เข้ากันได้มาปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วย โดยไตที่นำมาปลูกถ่ายถือเป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลาที่ไตยังทำงานอยู่ในร่างกายเพื่อป้องกันการสลายไตหรือการปฏิเสธไต (Rejection) การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยจะมีสถานะภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะภายใน 6 ถึง 12 เดือนแรกหลังการปลูกถ่าย ซึ่งต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม และการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Townamchai, 2017) ถึงแม้ว่าการจัดการด้านยาที่เหมาะสมโดยทีมแพทย์จะเป็นปัจจัยหลักในการรักษา แต่ความสำเร็จในระยะยาวนั้นไม่อาจเกิดขึ้นได้หากขาดความตระหนักรู้ และความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และการให้ความร่วมมือความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะกำหนดความอยู่รอดของไตที่ได้รับการปลูกถ่าย เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันร่วมกัน 2 ถึง 3 ชนิด และรับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งยาเหล่านี้มักส่งผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของเมตาบอลิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Hucker et al., 2017) หากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา จะส่งผลกระทบต่อพยากรณ์ภาพและการทำงานของไต ดังการศึกษาของ ลอเรนซ์ และคณะ (Lorenz et al., 2018) ที่พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในช่วงปีที่ 3 ถึง 5 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดพังผืด (Fibrosis) และการอักเสบ (Inflammation) ในไตที่ปลูกถ่าย อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นมีความซับซ้อนและขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตพบว่า แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือด้านการรับประทานยาดี



แต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในมิติอื่นมักลดลงเมื่อระยะเวลาหลังผ่าตัดยาวนานขึ้น ได้แก่ 1) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและมีระดับการศึกษาต่ำมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายมักเคร่งครัดเรื่องการรับประทานยามากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อมากกว่า 3) ปัจจัยด้านอายุ พบว่าผู้สูงอายุจะดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยอายุน้อยจะมีความตระหนักเรื่อง การตรวจสอบความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองและการป้องกันอันตรายจากแสงแดดที่ดีกว่า 4) ปัจจัยเรื่องภาระทางยา (Pill burden) พบว่าผู้ที่ได้รับยาจำนวนเม็ดน้อยและมีผลข้างเคียงต่ำจะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาที่สูงกว่าอย่างชัดเจน (Hedayati et al., 2017)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลทำขึ้นเพื่อประโยชน์ของตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยมีแนวคิดหลัก ได้แก่ 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานของชีวิต เช่น อาบน้ำ กินอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการป้องกันอันตราย 2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) ความต้องการที่เปลี่ยนไปตามช่วงวัย เช่น วัยเด็ก วัยชรา เป็นต้น และ 3) ความต้องการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนจากสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือการรักษาทางการแพทย์ (Orem, 2001) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจำนวน 63 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีมาก แต่ด้านโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้เสนอแนะให้พยาบาลประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม (Chindathanasan et al., 2013) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวได้ดำเนินการมาเป็นเวลานานและจำกัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง ซึ่งอาจมีบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วย และมีระบบการส่งต่อที่ต่างกันไป

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคที่เป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญระดับสูง และเป็นสถาบันแห่งเดียวในเขตภาคเหนือตอนบนที่ให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตครบวงจร ทั้งจากผู้บริจาคสมองตายและผู้บริจาคมีชีวิต โดยประสบความสำเร็จในการผ่าตัดไตครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความเชี่ยวชาญมายาวนาน แต่จากสถิติของหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม พบข้อมูลที่น่ากังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะอัตราการเกิดภาวะสไลต์ไต (graft rejection) ภายใน 1 ปีหลังผ่าตัด ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2560 ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือ ร้อยละ 2.24, 2.03, 3.01 และ 11.41 ตามลำดับ อีกทั้งยังมีอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการติดเชื้อ พบร้อยละ 8.93, 7.98, 2.12 และ 3.33 ตามลำดับ (Kidney Transplant and Dialysis Unit, 2017) ข้อมูลทางคลินิกนี้เป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่เชื่อมโยงว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในมิติใดมิติหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความอยู่รอดของไตที่ได้รับการปลูกถ่าย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอาจช่วยลดอัตราการสไลต์ไต และอัตราการนอนโรงพยาบาลจากการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตในเขตภาคเหนือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปวางแผนในการประเมิน การกำหนด ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พบบ่อย ให้การพยาบาลในรูปแบบการให้ความรู้ และการประสานงาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและปฏิเสธไตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ในด้านการรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ในด้านการรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-care Deficit Nursing Theory) โดยโอเร็มอธิบายว่า "การดูแลตนเอง" เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลทำขึ้นเพื่อประโยชน์ของตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก สำหรับผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ 1) ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป เช่น การรักษาสสมดุลของน้ำ อาหาร การขับถ่าย และการพักผ่อน ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนจากการจำกัดอย่างเข้มงวดในช่วงฟอกไต มาเป็นการดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะไตใหม่ 2) ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อสภาวะชีวิตใหม่ การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาเป็นผู้รับการปลูกถ่ายไตและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม และ 3) ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อสภาวะสุขภาพ เป็นมิติที่สำคัญที่สุด เนื่องจากการปลูกถ่ายไตต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่ซับซ้อน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการบวม ไช้ หรือปริมาณปัสสาวะที่ลดลง ซึ่งเป็นสัญญาณของภาวะสลายไตหรือการติดเชื้อ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลตนเอง จะเกิดสภาวะที่เรียกว่า "ความพร้อมในการดูแลตนเอง" (self-care deficit) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่การพยาบาลต้องเข้ามามีบทบาทในรูปแบบของระบบการพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน หรือระบบสนับสนุน และให้ความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่รับยาต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 492 คน (Kidney Transplant and Dialysis Unit, 2017) ของโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่คลินิกปลูกถ่ายไต หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต 3 เดือนขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตครั้งแรก 3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 4) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากศูนย์อื่นที่ขอย้ายการรักษามายังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ 2) มีปัญหาการมองเห็นจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งเป็นวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่นิยมใช้ในงานวิจัยเชิงสำรวจ ตารางนี้ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.50 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ .95 สามารถคำนวณหากลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กตั้งแต่ 10 ขึ้นไป (Rathachatrannon, 2019) งานวิจัยนี้ประชากรคือ ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่รับยาต่อเนื่อง จำนวน 492 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา บทบาททางสังคม ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต แหล่งที่มาของไต โรคประจำตัวก่อนการปลูกถ่ายไต ปัญหาสุขภาพหลังการปลูกถ่ายไต แหล่งข้อมูลการดูแลตนเอง และการเข้าอบรมเรื่องการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตของปัญช์ชนิต จินดาธนสาร (Chindathanasan, 2012) โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว เครื่องมือมีความครอบคลุมการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ แบ่งเป็น 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านอารมณ์ และ 5) ด้านป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งหมด 46 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 4.01 – 5.00 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของปัญช์ชนิต จินดาธนสาร (Chindathanasan, 2012) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามใด ๆ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต และ 4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต มีค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคแอลฟาเท่ากับ 0.81 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบกับผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตที่มารับบริการตรวจแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 10 ราย และได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคแอลฟาได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและรวบรวมเป็นบัญชีรายชื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่จัดเตรียมไว้ในช่วงเวลาที่รอผลตรวจระดับยาและรอพบแพทย์ อธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และขอความร่วมมือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามหลักพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมรวมทั้งให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงนามในหนังสือยินยอม อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้



กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากพบว่าการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะนำกลับไปถามกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นอธิบายในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยเพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หากพบว่าการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้วิจัยให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านนั้น ๆ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Research ID: 6683/study code: NUR-2562-06683 มีกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีสิทธิจะตอบตกลงหรือ ปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยและหรือญาติให้ความยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลจากการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลการดูแลตนเอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเพศชายร้อยละ 60.37 เพศหญิงร้อยละ 39.63 อายุเฉลี่ย 48.24 ปี (ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 76 ปี) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.98) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 60.83) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.78 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 19,876.02 บาทต่อปี รายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 65.29 ใช้สิทธิการรักษาเบิกการ/เบิกจากต้นสังกัด ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 44.24, 26.73 และ 28.57 ตามลำดับ มีบทบาทในสังคมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว และมารดา กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตเฉลี่ย 5 ปี 11 เดือน ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 27 ปี 11 เดือน ได้รับการปลูกถ่ายไตจากไตบริจาคสมองตาย และไตบริจาคมีชีวิตในอัตราที่ใกล้เคียงกัน มีโรคประจำตัวก่อนการปลูกถ่ายไต ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 47.46, 12.44 และ 1.84 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพที่พบหลังปลูกถ่ายไต ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 39.63, 17.05 และ 16.13 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการดูแลตนเองจากพยาบาลและแพทย์เป็นหลัก และเคยเข้าร่วมอบรมเรื่องการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต คิดเป็นร้อยละ 64.97

พฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก โดยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean 4.71, S.D. = 0.88) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.28, S.D. = 1.07) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Mean = 4.17, S.D. = 1.11) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านอารมณ์ (Mean = 3.99, S.D. = 1.11) และด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 3.66, S.D. = 1.30) อยู่ในระดับดี ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้าน

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
ด้านการรับประทานยา (8 ข้อ)	4.71	0.88	ดีมาก
1. ไม่ลดขนาดยาตามภูมิหรือหยุดยาเอง	4.98	0.18	ดีมาก
2. การขาดยาเนื่องจากยาหมดก่อนวันนัด	4.90	0.37	ดีมาก
3. การไม่ลืมรับประทานยาตามภูมิคุ้มกัน	4.89	0.31	ดีมาก
4. การรับประทานยาตามภูมิคุ้มกันครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด	4.87	0.56	ดีมาก
5. การรับประทานยาตามภูมิคุ้มกันตรงเวลาที่แพทย์กำหนด	4.76	0.69	ดีมาก
6. การตรวจเช็คปริมาณยาว่ามีครบและเพียงพอจนถึงวันนัด	4.45	1.16	ดีมาก
7. การติดต่อแพทย์ พยาบาล หรือผู้ประสานงานการปลูกถ่าย	4.43	1.21	ดีมาก
อวัยวะทันที เมื่อยาหมดก่อนวันนัด			
8. การจ่ายยาที่รับประทานได้ และมีบัตรยาพกติดตัว	4.37	1.11	ดีมาก
ด้านกรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (6 ข้อ)	4.17	1.11	ดีมาก
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	4.73	0.76	ดีมาก
2. การปฏิบัติบทบาทในสังคมได้	4.47	0.97	ดีมาก
3. พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	4.25	0.95	ดีมาก
4. การติดตามข่าวเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ หรือสิทธิการรักษา	4.18	1.05	ดีมาก
5. หาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ	3.93	1.11	ดี
6. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือพบปะกับบุคคลอื่น	3.28	1.21	ดี
หลังการปลูกถ่ายไต			
ด้านอารมณ์ (3 ข้อ)	3.99	1.11	ดี
1. ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป	4.03	1.09	ดีมาก
2. การหางานอดิเรกที่พอใจทำ เมื่อรู้สึกโกรธ หรือไม่สบายใจ	4.01	1.07	ดีมาก
3. การหางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกเบื่อต่อการปฏิบัติตามการรักษา	3.93	1.16	ดี
ด้านการรับประทานอาหาร (11 ข้อ)	3.66	1.30	ดี
1. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ลิตร	4.64	0.87	ดีมาก
2. การล้างผลไม้ ปอกเปลือก ก่อนรับประทาน	4.55	0.88	ดีมาก
3. ก่อนรับประทานอาหารไม่เติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วลงในอาหาร	4.35	0.74	ดีมาก
4. การรับประทานอาหารที่มีโปรตีน	4.20	0.88	ดีมาก
5. การควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวันให้เท่ากับจำนวนปัสสาวะ	4.13	0.99	ดีมาก
6. การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง	3.89	0.66	ดี
7. การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง	3.70	0.69	ดี



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้าน (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
8. จำกัดการรับประทานอาหารประเภทแป้งเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น	3.31	1.13	ดี
9. การลดปริมาณน้ำดื่มเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับมีอาการบวม	2.78	1.53	ปานกลาง
10. การหาวิธีให้รับประทานอาหารให้มากขึ้นด้วยวิธีต่างๆ เมื่อรู้สึกเบื่ออาหาร	2.60	1.28	ปานกลาง
11. การรับประทานอาหารที่มีวิตามินดีสูง	2.09	1.10	ปานกลาง
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (18 ข้อ)	4.28	1.07	ดีมาก
1. การมาตรวจตามนัด	4.84	0.57	ดีมาก
2. การแจ้งให้แพทย์ทราบว่า เป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต และอยู่ระหว่างการรับประทานยากดภูมิ เมื่อเจ็บป่วย	4.81	0.70	ดีมาก
3. การแจ้งให้ทันตแพทย์หรือศัลยแพทย์ทราบว่า เป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต และอยู่ระหว่างการรับประทานยากดภูมิ เมื่อต้องทำฟันหรือรับการผ่าตัด	4.79	0.69	ดีมาก
4. หลังจากการปลูกถ่ายไตไม่ทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณท้อง	4.61	0.66	ดีมาก
5. การสวมผ้าปิดปากและจมูกเมื่ออยู่ในที่ชุมชน	4.53	0.86	ดีมาก
6. การสอบถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับผลการตรวจเลือด	4.50	0.85	ดีมาก
7. สอบถามแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย หรือศึกษาเอกสาร คู่มือ เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติตน	4.45	0.85	ดีมาก
8. การดูแลตนเองทุกอย่างตามแผนการรักษาด้วยตนเอง	4.37	0.91	ดีมาก
9. การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดหรือใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับบุคคลในบ้านที่ไม่สบาย เป็นไข้ หรือเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ	4.33	1.13	ดีมาก
10. ไปโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติ	4.29	1.03	ดีมาก
11. การป้องกันตัวเองเมื่อเจอแสงแดด	4.16	1.11	ดีมาก
12. การดูแลความสะอาดภายในบ้าน	4.06	1.01	ดีมาก
13. การป้องกันผิวหนังท่านไม่ให้เกิดบาดแผล	4.05	1.25	ดีมาก
14. การสังเกตผิวหนังว่ามี แผล ก้อน หรือสีผิวเปลี่ยน	3.97	1.28	ดี
15. การสังเกตช่องปากว่ามี ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือฝ้าขาว	3.97	1.22	ดี
16. การชั่งน้ำหนัก และวัดความดันในเวลาเดียวกันเป็นประจำ	3.87	1.15	ดี
17. การบันทึกอุณหภูมิร่างกายเมื่อรู้สึกมีไข้	3.79	1.30	ดี
18. การเลี้ยงสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก	3.66	1.91	ดี



อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เพศชายมากกว่าเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 48.25 ปี สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 64.98 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 60.80 อาจเกิดจากบริบทของประเทศไทยที่มีความเชื่อมายาวนานเรื่อง เพศชายมีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การยกให้เพศชายเป็นใหญ่กว่าเพศหญิง (Limanonda, 1998) หากเกิดความเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจึงพยายามในการหาช่องทางในการรักษาที่ดี จึงพบว่าเพศชายเข้าสู่ ทะเบียนรอไตและได้รับการปลูกถ่ายไตสูงกว่าเพศหญิง จากข้อมูลของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะปีค.ศ. 2024 พบว่า เพศชายได้รับการปลูกถ่ายไตสูงถึงร้อยละ 60.8 จากการศึกษาของ เฮดายาติและคณะ (Hedayati et al., 2017) พบว่า เพศชายมีความเคร่งครัดต่อการรับประทานยามากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีความเคร่งครัดต่อการป้องกัน การติดเชื้อมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุมากและแต่งงานแล้วปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือดมากกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่อายุน้อยให้ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามคำแนะนำใน การตรวจสอบตนเอง และการป้องกันแสงแดด กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 43.80 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจและประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด รายได้เฉลี่ยของตนเอง 19,876 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ต่อผลลัพธ์หลังการ ปลูกถ่ายไตในเบลเยียม ซึ่งเป็นประเทศที่มีระบบดูแลสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ด้านการศึกษาและการจ้างงานทั้ง สองปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดภาวะสลายไต โดยคาดว่าระดับการศึกษาและการทำงานที่มั่นคง ส่งผลต่อ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Medication Adherence) (Ponette et al., 2025)

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าในทุกด้าน โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีวิตามินดีสูง การหาวิธีให้ รับประทานอาหารให้มากขึ้นด้วยวิธีต่าง ๆ เมื่อรู้สึกเบื่ออาหาร และการลดปริมาณน้ำดื่มเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับมีอาการบวม เนื่องจากการดูแลเรื่องอาหารเป็นสิ่งจำเป็นตลอดชีวิตของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตซึ่งถือว่า ยังคงเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน เช่น ในระยะแรกหลังการปลูกถ่ายไตต้องการ สารอาหารเพื่อช่วยในการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ระยะต่อมาต้องจัดการเรื่องของน้ำตาลในเลือดสูง ลดความเสี่ยงของ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หากมีการเสื่อมของไตที่ปลูกถ่ายจำเป็นต้องมีการปรับการรับประทาน อาหารให้เหมาะสมกับระยะของโรคไตเรื้อรัง เช่น การบริโภคโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มี โปแทสเซียมและฟอสฟอรัสที่มากเกินไป การจำกัดเกลือโซเดียม การปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับ การทำงานของไตที่ลดลงเพื่อลดอาการบวม (Stoler et al., 2023) ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตยังพบอุบัติการณ์ภาวะ พร่องวิตามินดี ได้สูงถึงร้อยละ 80.00 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดี ได้แก่ เพศหญิง ภาวะ ทุพโภชนาการ ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ การใช้ยากดภูมิกลุ่มสเตียรอยด์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำให้ หลีกเลี่ยงแสงแดดเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งผิวหนังหลังปลูกถ่ายไต เป็นต้น (Le Fur et al., 2016) ที่มีการรักษาควรพิจารณาการตรวจระดับวิตามินดีในเลือดเป็นระยะหรือการให้วิตามินดีเสริม และจากการศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในระยะยาวหลังการปลูกถ่ายไต พบว่า พฤติกรรมทางโภชนาการ ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตในระยะยาวส่วนใหญ่ “อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี” การปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทาน อาหารถือเป็นวิธีที่ง่ายและสำคัญที่สุดในการช่วยรักษาการทำงานของไตในระยะยาว ดังนั้นทีมในการดูแลผู้ป่วย หลังปลูกถ่ายไตควรมีการทบทวนความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรับประทาน



อาหาร และมีการประเมินการบริโภคอาหารของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามระยะของโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตอยู่เสมอ (Kluch et al., 2020)

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี หัวข้อการหา งานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกเบื่อต่อการปฏิบัติตามการรักษา มีค่าคะแนนต่ำที่สุดในด้านนี้ เนื่องจากการดูแลตนเองที่ เหมาะสมหลังปลูกถ่ายไตเป็นการดูแลตนเองที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกัน ค้นหาทางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอารมณ์ได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเรื่องของสุขภาพจิตได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหรือความ วิตกกังวลก่อนการปลูกถ่ายไต เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากการศึกษาของ Brito et al., 2019 พบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ถึง 3 เท่า ขณะที่ภาวะวิตกกังวลสูงกว่าประมาณ 1.5 เท่า หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลก่อนการปลูก ถ่ายและไม่ได้มีการจัดการ อาจส่งผลกระทบต่อความเคร่งครัดในการรับยาควบคุมโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปลูกถ่ายไต จากการศึกษาของ Urdstad et al., 2018 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและมีความเครียดทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ในช่วงหลังผ่าตัด ดังนั้นการออกแบบการดูแลโดยเน้น ความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีสิทธิในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผลการรักษาออกมาดี และยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบของ เด ปาสควาลและคณะ (De Pasquale et al., 2020) พบว่า ผู้รับการปลูกถ่ายไตต้องเข้าใจสุขภาพของตนเองและต้องได้รับการช่วยเหลือ วางแผนทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิต ผลพบว่าการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินทางจิตวิทยา ก่อนและหลังการปลูกถ่ายไตอย่างละเอียดเพิ่มผลการรักษาที่ดีขึ้น

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ดี 2 อันดับแรก คือ 1) การมาตรวจตามนัด และ 2) การแจ้งให้แพทย์ทราบว่า เป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตและอยู่ระหว่าง การรับประทานยากดภูมิเมื่อเจ็บป่วยหลังปลูกถ่ายไต อาจเป็นไปได้ว่าทีมในการดูแลเน้นย้ำถึงประเด็นดังกล่าวอยู่ เสมอ เพื่อลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการปลูก ถ่ายไต คือ ภาวะสลัดไต และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยากดภูมิต้านทาน เช่น การติดเชื้อ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น (Al-Amri et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามการ ผู้ป่วยควร ได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้น คือ 1) การสังเกตผิวหนังว่ามี แผล ก้อน สีผิว เปลี่ยน 2) การสังเกตช่องปากว่ามี ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือฝ้าขาว 3) การบันทึกอุณหภูมิร่างกายเมื่อรู้สึกมีไข้ และ 4) การเลี้ยงสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องการจัดการ ตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่าการให้สุขศึกษาที่นำโดยพยาบาล (Nurse-led educational interventions) มีประสิทธิภาพสูงในการปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งทางด้านพฤติกรรมและสุขภาพของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยใช้การสอนซ้ำ (Repeated education) และการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งควรบูรณาการการใช้เทคโนโลยี (Mobile apps) ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (Lee & Kang, 2025)



พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านกลับพบว่า พฤติกรรมด้านหาวิธีในการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมหรือพบปะกับบุคคลอื่นหลังการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับดี อาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีความทนในการออกกำลังกายที่ลดลงเนื่องจากข้อจำกัดทางกายภาพ และโรคร่วมต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า ความเมื่อยล้า กลัวการบาดเจ็บ และขาดแรงจูงใจ (Zelle et al., 2016) หากผู้ป่วยยังคงมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้น (Kang et al., 2019) ดังนั้นทีมในการรักษาควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลในหัวข้อการตรวจเช็คปริมาณยามีครบและเพียงพอจนถึงวันนัด การติดต่อแพทย์ พยาบาล หรือผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะทันทีเมื่อยาหมดก่อนวันนัด การจำชื่อยาที่รับประทานได้ และมีปฏิกิริยาแพ้ติดตัว มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า 1 ซึ่งแปลผลได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่หลากหลายทั้งปฏิบัติและไม่ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในประเด็นดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า แนวทางการมาตรวจตามนัดผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตทุกรายหลังพบแพทย์ ต้องพบเภสัชกรเพื่อตรวจเช็ครายการยาก่อนลงใบรับยาว่ายาพอถึงวันนัดครั้งต่อไปหรือไม่ จึงทำให้เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีจำนวนยาไม่พอจนถึงวันนัดจะต้องติดต่อประสานงานกับทีมปลูกถ่ายไตเกิดขึ้นได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยากดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาดี และไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน (Pitakham et al., 2023)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ในระดับดีมากในด้านพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลจากความตระหนักในคุณค่าของอวัยวะที่ได้รับมอบมา อย่างไรก็ตามความพร้อมในด้านโภชนาการ การจัดการน้ำดื่ม และการออกกำลังกาย ยังเป็นจุดที่สามารถนำมาพัฒนาส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้นได้เพื่อส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นการนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาปรับใช้ ไม่ได้หมายถึงแค่การสอนให้ผู้ป่วยทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น แต่คือการสร้างระบบการพยาบาลที่เอื้อต่อการสร้างความสามารถ (enhancing self-care agency) ให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนได้จริง นอกจากนี้หากทีมสหวิชาชีพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมเหล่านี้ผ่านนวัตกรรมการดูแลและการสื่อสารเชิงรุก เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตใหม่หลังการปลูกถ่ายไตได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุข และยั่งยืนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิเคราะห์ความพร้อมในการดูแลตนเองที่พบในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการพยาบาลและการดูแลแบบสหวิชาชีพ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ควรปรับรูปแบบการให้ข้อมูลจากการสื่อสารทางเดียว (One-way communication) มาเป็น “โปรแกรมการจัดการตนเองเชิงรุก”

2.การสร้างความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ที่รวบรวมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เช่น นักโภชนาการช่วยออกแบบเมนูอาหารและให้ความรู้เรื่องแหล่งวิตามินดีที่ปลอดภัย นักกายภาพบำบัดช่วยแนะนำท่าออกกำลังกายที่ไม่กระทบต่อไตที่ปลูกถ่ายเพื่อลดความกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยามาช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการดูแลตนเองที่สำคัญ เป็นต้น

3.การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยสนับสนุน (Digital Health Support) เนื่องจากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การบันทึกอุณหภูมิและการชั่งน้ำหนักทำได้ยากในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยโรงพยาบาลควรพัฒนา Application หรือระบบ Line Official ที่สามารถแจ้งเตือนการทานยาและบันทึกค่าสัญญาณชีพ และมีช่องทางปรึกษาทีมพยาบาลเมื่อเกิดความไม่แน่ใจเรื่องอาการผิดปกติ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะสไลด์ไตที่รุนแรงจากการมาพบแพทย์ซ้ำ

4.การจัดการเชิงนโยบายระดับโรงพยาบาลและระดับภูมิภาค ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยนี้ไปพิจารณาทบทวนตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยนอก โดยไม่มองเพียงแค่ค่าการทำงานของไตเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองร่วมด้วยเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดสำคัญของงานวิจัยนี้คือ ข้อมูลทางคลินิกบางส่วนและผลการศึกษาศึกษาพฤติกรรมถูกรวบรวมในช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2567-2569 อาจมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะหลังผ่านพ้นวิกฤตการณ์ COVID-19 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมใส่ใจสุขภาพของผู้ป่วยทั่วโลก และการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการอ้างอิงข้อมูลนี้ควรพิจารณาบริบทของเวลาประกอบด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Al-Amri, T. M., Alharthi, Y. H., Alkhamis, A. S., Muhaif, A. I. A., Almutairi, M. A., Mousa, N. M. A., Awkar, A. A., Yahya, N. A., Abbas, W. I., Nass, O. A., & Alibrahim, D. A. (2021). Common complications post-kidney transplantation: a literature review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 8(7), 3688–3693.
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20212342>
- Brito, D. C. S., Machado, E. L., Reis, I. A., Carmo, L. P. F., & Cherchiglia, M. L. (2019). Depression and anxiety among patients undergoing dialysis and kidney transplantation: A cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 137(2), 137–147.
<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0272280119>
- Chaiprasert, A. (2018). Chronic kidney disease. In B. Satirapoj, A. Chaiprasert, N. Natha, & U. Supasin (Eds.), *Manual of dialysis* (pp. 29–43). Nam Aksorn Printing. (in Thai)
- Chindathanasan, P. (2012). *Relationships between selected variables and self-care behaviors of kidney transplant recipients* [Master's thesis, Mahidol University]. Mahidol University Graduate School. (in Thai)
- Chindathanasan, P., Khuwatsamrit, K., & Prapaipanich, W. (2013). Self-care behaviors of kidney transplant recipients. *Nursing Research and Innovation Journal*, 19(1), 87–101.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9113> (in Thai)



- De Pasquale, C., Pistorio, M. L., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., & Veroux, P. (2020). Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 11*, Article 106. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00106>
- Hedayati, P., Shahgholian, N., & Ghadami, A. (2017). Nonadherence behaviors and some related factors in kidney transplant recipients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 22*(2), 97–101. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_220_15
- Hucker, A., Bunn, F., Carpenter, L., Lawrence, C., Farrington, K., & Sharma, S. (2017). Non-adherence to immunosuppressants following renal transplantation: A protocol for a systematic review. *BMJ Open, 7*(9), Article e015411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015411>
- Kang, A. W., Garber, C. E., Eaton, C. B., Risica, P. M., & Bostom, A. G. (2019). Physical activity and cardiovascular risk among kidney transplant patients. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 51*(6), 1154–1161. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001886>
- Kidney Transplant and Dialysis Unit. (2017). *Indicators of kidney transplant and dialysis unit, medical nursing department*. Nursing Division, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- Kluch, M., Kurnatowska, I., Matera, K., Lokiec, K., Puzio, T., Czekwianianc, E., & Grzelak, P. (2020). Nutrition trends in patients over the long term after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings, 52*(8), 2357–2362. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.12.055>
- 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>
- 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>
- Le Fur, A., Souberbielle, J. C., Ponticelli, C., & Taibi, F. (2016). Vitamin D deficiency is an independent risk factor for PTDM after kidney transplantation. *Transplant International, 29*(2), 207–215. <https://doi.org/10.1111/tri.12697>
- Lee, H., & Kang, C. M. (2025). Self-management interventions for kidney transplant recipients: A systematic review. *Healthcare, 13*(15), Article 1918. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151918>
- Limanonda, B. (1998). Male's role and family problems in modern Thai society. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 43*(3), 258–265. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/v4336.html> (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Ponette, L., Wellekens, K., Koshy, P., Vranken, A., Vanhoutte, T., Kuypers, D., Naesens, M., & Coemans, M. (2025). Socioeconomic deprivation and kidney transplant outcomes. *Kidney International Reports, 11*(2), 103667. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2025.10.024>

- Rathachatranon W. (2019). Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. *Thai Interdisciplinary and Sustainability Review*, 8(1), 11–28. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243621> (in Thai)
- Shaikh, M. A., Raval, Y., Mohemmad, G., Parekh, K., & Dudhat, K. (2025). A cross-sectional comparative analysis of quality of life and cost-effectiveness for retrospective dialysis and kidney transplant patients. *Global Health Economics and Sustainability*, 3(2), 11–20. <https://doi.org/10.36922/ghes.4639>
- Stoler, S. T., Chan, M., & Chadban, S. J. (2023). Nutrition in the management of kidney transplant recipients. *Journal of Renal Nutrition*, 33(6S), S67–S72. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.07.001>
- Townamchai, N. (2017). *Immunology for kidney transplantation*. Text and Journal Publication. (in Thai)
- Urstad, K. H., Wahl, A. K., Engebretsen, E., Larsen, M. H., Vidnes, T. K., Stenwig, A. G. K., Simensen, Ø. W., Nordli, A., Reisæter, A. V., & Andersen, M. H. (2018). Implementation of a new patient education programme for renal transplant recipients. *Journal of Renal Care*, 44(2), 106–114. <https://doi.org/10.1111/jorc.12236>
- Vijitsoonthornkul, K. (2022). *Epidemiology and review of measures for prevention of chronic kidney disease*. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Zelle, D. M., Corpeleijn, E., Klaassen, G., Schutte, E., Navis, G., & Bakker, S. J. L. (2016). Fear of movement and low self-efficacy are important barriers in physical activity after renal transplantation. *PLoS ONE*, 11(2), Article e0147609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147609>

Effects of Square-Stepping Exercises on Balance and Cognitive Function among Older Persons in The Phitsanulok Municipality

Orathai Simaprom^{*}, Saichol Janwijit^{1*}, Sureerat Na-Wichian^{*}, Nantha Phiriyakulkit^{**}

(Received: January 9, 2026, Revised: May 4, 2026, Accepted: June 29, 2026)

Abstract

These two groups, pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of the Square-Stepping Exercise on balance performance and cognitive function among older persons in the Phitsanulok Municipality. The 52 participants were selected by purposive sampling then assigned into experimental and control group. The 26 persons in the experimental group participated in the Square-Stepping Exercise program, which was approved by health experts with item objective congruence (IOC) 0.67-1.00. The exercise program used specific patterns of square-walking from easy to complex and practiced for 12 weeks, 40 minutes/sessions, 3 times a week. The other 26 older persons in the control group exercised as their convenient. Research instruments included assessments of balance performance using the Time Up and Go test (TUG), which Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was 0.97-0.99 and cognitive function using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), which test-retest reliability was 0.92 and inter-rater reliability was 0.87. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Ranks Test and the Mann-Whitney U test.

The results revealed that the Square-Stepping Exercise statically significantly improved both balance performance and cognitive function among older persons ($p < .05$). After the intervention, the experimental group showed significantly higher balance and cognitive function scores compared to both their pre-test scores and those of the control group. These findings indicate that the Square-Stepping Exercise, which involves multidirectional movements, effectively stimulates the neuromuscular system and enhances coordination, thereby improving balance and cognitive performance in older persons.

Keywords: Balance; Cognitive Function; Older Persons; Square-Stepping Exercise

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

^{**}Mahanuphap community health center, Phitsanulok municipality

¹Corresponding author: saichol@bcnb.ac.th



ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวและสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก

อรรถัย สิมะพรหม*, สายชล จันทร์วิจิตร^{1*}, สุรรัตน์ ณ วิเชียร*, นันทา พิริยะกุลกิจ**

(วันรับบทความ: 9 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 4 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ: 29 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square-Stepping Exercise) ต่อสมรรถภาพการทรงตัวและสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด (Purposive sampling) จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 โปรแกรมการออกกำลังกายเป็นการเดินไปตามตารางตามรูปแบบที่กำหนดไว้จากง่ายไปยาก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 40 นาที ส่วนผู้สูงอายุจำนวน 26 คนในกลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามความสะดวกของตนเอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการทรงตัว (the Time Up and Go test- TUG) มีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) อยู่ในช่วง 0.97-0.99 และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (the Montreal Cognitive Assessment - MoCA) มีค่า test-retest reliability เท่ากับ 0.92 และ inter-rater reliability เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางมีคะแนนสมรรถภาพการทรงตัวและสมรรถภาพสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางซึ่งมีรูปแบบเคลื่อนไหวหลากหลายทิศทางสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและระบบโครงร่างกล้ามเนื้อให้ทำงานประสานกันได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการทรงตัวที่ดีและสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การทรงตัว; สมรรถภาพสมอง; ผู้สูงอายุ; ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุกาฬ เทศบาลนครพิษณุโลก

¹ผู้ประสานงาน: saichol@bcnb.ac.th



บทนำ

กรมกิจการผู้สูงอายุของประเทศไทย รายงานสถิติของผู้สูงอายุประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุถึง 14,297,425 คน หรือร้อยละ 22.07 ยืนยันว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ส่งผลให้จำนวนผู้ที่มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Department of Older Persons, 2026) ความชุกของภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุทั่วโลกมีความแปรผันอยู่ระหว่างร้อยละ 5.1 ถึง 41 ซึ่งสะท้อนถึงภาวะปัญหาที่สำคัญ ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความเสื่อมของระบบประสาทตามวัย และโรคทางระบบประสาท รวมถึงความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านสุขภาพหรือโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และภาวะขาดสารอาหาร ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม เช่น ระดับการศึกษาต่ำ การขาดกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการแยกตัวทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะด้านการรู้คิดบกพร่อง (Livingston et al., 2020) ส่งผลให้การทำงานของ การรับรู้ การประมวลผลความคิดมีการบกพร่อง ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ ไม่เพียงแต่ต่อผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้ดูแล ครอบครัวและสังคมโดยรวมด้วย ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหลักของความพิการและมีภาวะพึ่งพิง (World Health Organization, 2023) ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นมากตามอายุ โดยเพิ่มมากขึ้นทุกห้าปีหลังอายุ 65 ปี การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้เกิดจนถึงอายุ 90 ปี การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้สูงอายุส่งผลทำให้มีปัญหาด้านการควบคุมความสมดุล (Muangpaisal, 2017) ส่งผลการทรงตัวได้ไม่ดี ทำให้เกิดการหกล้ม อัตราเสียชีวิตในผู้สูงอายุอันดับหนึ่งได้แก่ อุบัติเหตุ และอันดับสองคือการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023)

การหกล้มเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ดังนี้ ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ปัจจัยภายใน หมายถึง ลักษณะภายในร่างกายของแต่ละบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง การมีโรคประจำตัว ความผิดปกติของการเดิน และการทรงตัว ด้านปัจจัยภายนอก หมายถึง พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การใช้ยา ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น พื้นแฉะ เปียก พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ บันไดไม่มีราวจับ ข้างของวางไม่เป็นระเบียบ ห้องน้ำเป็นแบบนั่งยองไม่มีราวจับ (Kittiphimanon, 2017) พบว่า เพศหญิงพบอัตราการหกล้มมากกว่าเพศชาย สถานที่ที่ผู้สูงอายุจะเกิดการหกล้มพบบริเวณในบ้านมากที่สุด สาเหตุการหกล้มคือ สะดุด ลื่นล้ม พื้นต่างระดับ และเกิดอาการหน้ามืดและวิงเวียน (National Statistical Office of Thailand, 2023) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บสาหัสจากการล้ม และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (WHO, 2023) ปัญหาจากการหกล้มจึงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ เพราะมีโอกาสเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บจากการหกล้มส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมทั้งแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว (Institute of Geriatric Medicine, 2019) ผู้สูงอายุหลายรายพบการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บที่อวัยวะภายใน บางรายกระดูกเชิงกรานหัก ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สูญเสียความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน แยกตัวจากผู้อื่นและสังคม อาจมีอาการซึมเศร้า มีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและนำไปสู่การเสียชีวิต ด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาและการดูแล การหกล้มเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บถึงชีวิตในผู้สูงอายุ และมากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้ใหญ่ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะล้มลงในแต่ละปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำรงไว้ของสมรรถภาพร่างกายและสมรรถภาพของสมองเพื่อชะลอกระบวนการเสื่อมถอย และส่งเสริมการทำงานของการรับรู้และการทรงตัวที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงของการล้ม โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีความสำคัญมากในวัยผู้สูงอายุ เมื่อมีออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาทและระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สามารถส่งเสริมการทรงตัวและสามารถลดจำนวนครั้งที่ล้มในหนึ่งปีได้ รวมทั้งจำนวนคนที่ล้มและความรุนแรงได้รับบาดเจ็บจากการล้มลดลงเช่นกัน (Institute of Geriatric Medicine, 2019) การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางวันละ 70 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Shigematsu et al., 2008) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุไทย วันละ 40 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้การทรงตัวดีขึ้น (Nokham et al., 2016) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ความทนทานของปอดและหัวใจดีขึ้น (Saengsawang et al., 2016) อีกทั้งการออกกำลังกายโดยการก้าวตามตารางที่มีการเคลื่อนไหวหลากหลายทิศทาง วันละ 40 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน จำนวน 8 สัปดาห์ ส่งผลให้มีการส่งเสริมสมรรถภาพของสมองที่ดี และการทรงตัวที่ดีของผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์การกีฬา (Prommoon, 2019) นอกจากนี้ การออกกำลังกายโดยการก้าวเดินตามตารางยังเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม รวมถึงค่าใช้จ่ายน้อย การออกกำลังกายมีผลดีต่อสมรรถภาพสมองและการป้องกันการหกล้ม แต่มีความแตกต่างกันในระยะเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ความถี่และความยาวนาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาลผลของโปรแกรมการก้าวเดินตามตารางต่อสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทรงตัวควบคู่กันในผู้สูงอายุ อีกทั้งจังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมาก จำนวน 165,979 คนคิดเป็นร้อยละ 26.63 ของประชากรทั้งหมด (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2024) จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกเกี่ยวกับความทรงจำด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) พบว่า ปีพ.ศ. 2565 พบความผิดปกติเพียงร้อยละ 0.064 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละของความผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.02 และปีพ.ศ. 2567 พบความผิดปกติถึงร้อยละ 2.05 จะเห็นได้ว่าความผิดปกติของสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นแล้วการแก้ไขทำได้ยากยิ่ง ส่วนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในปี พ.ศ. 2565 พบความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 0.45 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละของความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.82 และปี พ.ศ. 2567 พบความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 2.17 จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square-Stepping Exercise) ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ

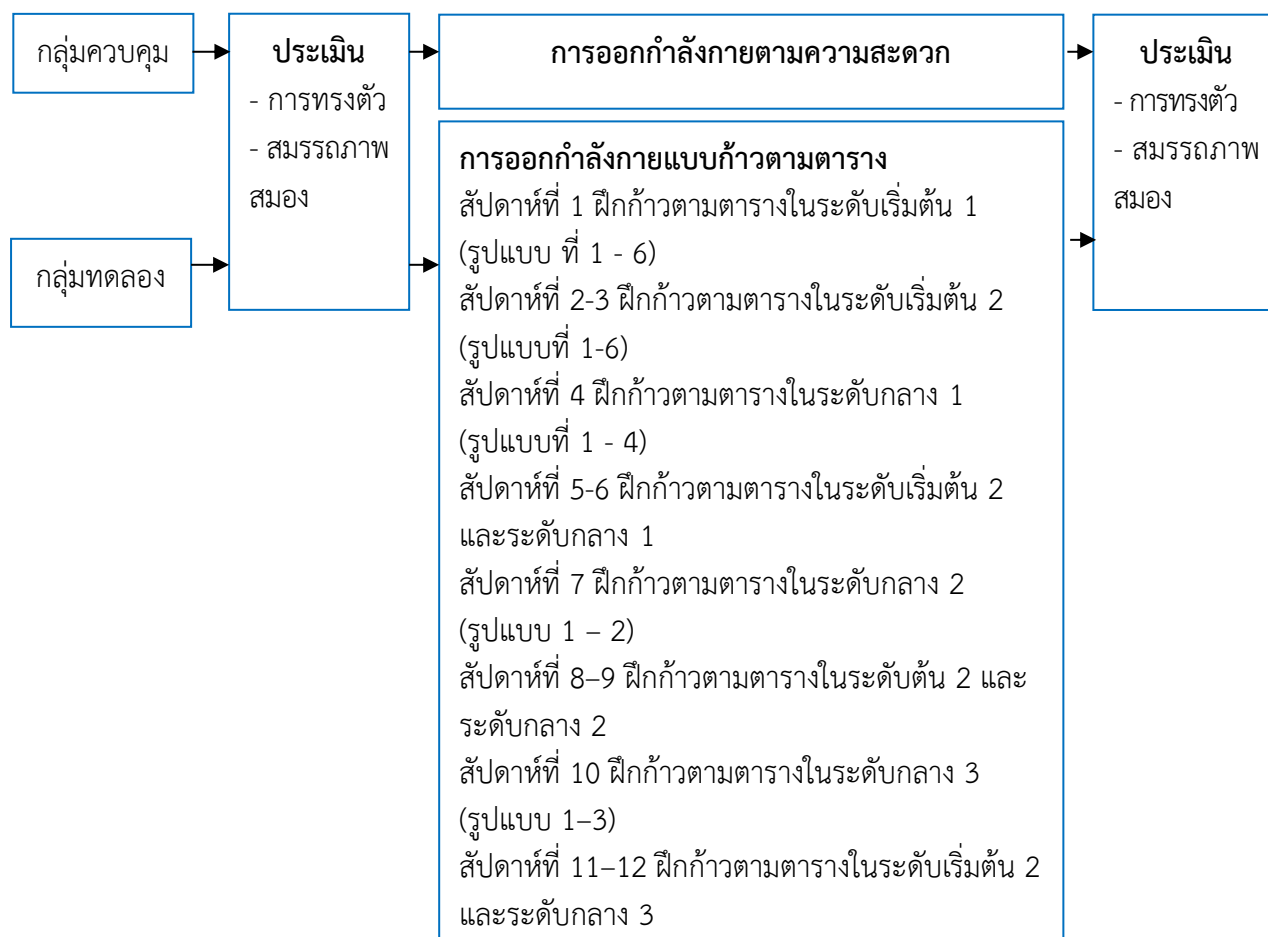
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง มีคะแนนการทรงตัวต่ำกว่า และคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายตามความสะดวก



กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมด้านชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุด้านการทรงตัวและแนวคิดการฝึกกระตุ้นสมอง (brain training) มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถภาพการรู้คิดผ่านกิจกรรมที่ทำหาย กระบวนการทำงานของสมอง ได้แก่ ความจำ (memory) ความสนใจ (attention) กระบวนการทางความคิดระดับสูง (executive function) และการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ (visuospatial ability) โดยใช้รูปแบบการออกกำลังกายแบบก้าวเดินตามตาราง (Square-Stepping Exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีแรงกระแทกต่ำ มีความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ระดับความยากง่ายเป็นระดับต้นและกลาง โดยในแต่ละระดับมีรูปแบบย่อยที่แตกต่างกัน โดยก่อนการเดินจัดให้มีการอบอุ่นร่างกาย 5 นาทีและก้าวเดินตามตาราง เป็นเวลา 30 นาที ภายหลังการเดินให้ทำการผ่อนคลายอีก 5 นาที ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวทางกาย ร่วมกับการกระตุ้นกระบวนการรู้คิด โดยการจดจำลำดับการก้าวเดินที่หลากหลาย ควบคุมทิศทางและการเคลื่อนไหว และปรับเปลี่ยนรูปแบบการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการส่งเสริมสมรรถภาพสมองและการทรงตัวที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 16,172 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจ

การทดสอบ (Power analysis) ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 medium effect size ที่ระดับ .05 (Burns and Grove, 2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย (attrition rate) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มทดลอง 26 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) สื่อสารพูดคุยภาษาไทยได้ อ่านออก เขียนได้ 2) ไม่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เรื่องการเคลื่อนไหว 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 5) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อน 6) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนดของโครงการ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุไทย และคู่มือการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางเพื่อพัฒนาการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุของรณิศา หน่อคำ (Nokham et al., 2016) เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวเดินตามตารางแบ่งระดับความยากง่ายเป็นระดับต้นและกลาง ระดับต้นมี 2 ระดับ ระดับกลางมี 3 ระดับ ในแต่ละระดับมีรูปแบบย่อยที่แตกต่างกัน โดยก้าวเท้าไปยังทิศทางต่างๆ ได้แก่ ด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลัง และด้านทแยงมุม ไปตามตารางบนเสื่อขนาด 100 x 250 เซนติเมตร ซึ่งแบ่งเป็นช่องตารางขนาด 25 x 25 เซนติเมตร จำนวน 40 ช่อง ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึก คือ 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน โดยก่อนการเดินจัดให้มีการอบอุ่นร่างกาย 5 นาทีและก้าวเดินตามตาราง เป็นเวลา 30 นาที ภายหลังการเดินให้ทำการผ่อนคลายอีก 5 นาที รวมทั้งสิ้น 40 นาที โดยให้ผู้สูงอายุฝึกก้าวตามตารางตามรูปแบบที่กำหนดไม่เกินวันละ 8 รูปแบบ เรียงลำดับจากรูปแบบที่ง่ายไปยาก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัวและประวัติการหกล้ม
- 2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MoCA ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการแปลและปรับโดยโสฬสพท์ เหมรัฐจิโรจน์ (Hemrungron et al., 2021) ประกอบด้วย 8 ด้าน จำนวน 11 ข้อ ดังนี้ 1. การทำงานของสมองส่วนหน้าและมิติสัมพันธ์ 5 คะแนน เป็นการวาดเส้นโยงตัวเลขและอักษร, วาดรูปนาฬิกา, วาดรูปตามแบบ 2. การเรียกชื่อ 3 คะแนน โดยบอกชื่อสัตว์จากรูปภาพ 3. ความจำ โดยจำคำศัพท์ 5 คำ แล้วทวนซ้ำในภายหลัง 4. สมาธิ 6 คะแนน โดยการทวนตัวเลข, เคาะโต๊ะเมื่อได้ยินเลขที่กำหนด, ลบเลขต่อเนื่อง 5. ภาษา 3 คะแนน โดยทวนประโยค, บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรที่กำหนด 6. ความเข้าใจความหมายนามธรรม 2 คะแนน ระบุความเหมือนของสิ่งของ 2 สิ่ง 7. ความจำระยะสั้น 5 คะแนน เป็นการทวนชุดคำศัพท์ 5 คำโดยไม่มีตัวช่วย 8. การรับรู้ทิศทาง 6 คะแนน โดยระบุวัน วันที่ เดือน ปี และสถานที่ ค่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนจาก 30 คะแนน

3) แบบประเมิน Time Up and Go Test (TUG) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine, 2019) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในการลุกจากเก้าอี้และเดินไปกลับในระยะ 3 เมตรแล้วกลับมา นั่งเก้าอี้ ค่าปกติน้อยกว่า 10 วินาที

4) แบบบันทึกการใช้การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย วันที่ ระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง เพื่อใช้ในการติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เพื่อความคงที่ของการวัด ผู้วิจัยหลักจึงเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินสมรรถภาพสมองและการทรงตัวเพียงผู้เดียวตลอดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางสำหรับผู้สูงอายุและคู่มือการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางสำหรับผู้สูงอายุผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำโปรแกรมฯ ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่า ความสอดคล้องของโปรแกรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ 2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MoCA เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดยนารัดดิน และคณะ (Nasreddine et al., 2005) ค่าความเชื่อมั่น test-retest reliability เท่ากับ 0.92 และ inter-rater reliability เท่ากับ 0.87 3) แบบประเมิน TUGT ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine, 2019) มีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) อยู่ในช่วง 0.97-0.99 ซึ่งสะท้อนถึงความคงที่และความสอดคล้องของการวัด (Steffen et al., 2002)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

1) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินสมรรถภาพสมอง ด้วยแบบประเมิน MoCA ประเมินการทรงตัว TUGT และบันทึกผล นอกจากนี้ได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าไลน์กลุ่ม ซึ่งแยกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ชื่อกลุ่มไลน์ว่า ก้าวเดิน สว. 1 และ ก้าวเดิน สว.2

2) ขั้นตอนการวิจัย

2.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยนัดหมายให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมหาณภาพทุกวันพฤหัสบดีสัปดาห์ละ 12 สัปดาห์ของการวิจัย ซึ่งในศูนย์สุขภาพฯ มีเครื่องมือการปฐมพยาบาลและระบบช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ก่อนออกกำลังกาย กลุ่มทดลองทุกคนได้รับการประเมินสัญญาณชีพและสอบถามอาการทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มขณะออกกำลังกาย จากนั้นเป็นช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย 30 นาที และ ช่วงผ่อนคลายร่างกาย 5 นาที รวม 40 นาที โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยตนเองทุกครั้ง

2.1.2 ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้สูงอายุดำเนินการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางที่บ้านด้วยตนเองตามที่ได้ทดลองปฏิบัติที่ศูนย์สุขภาพฯ ในสัปดาห์นั้น ๆ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเลือกออกกำลังกายในวันที่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจตามความรู้สึกของตน เพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้ม หลังการออกกำลังกายให้ลงบันทึกในแบบบันทึกการออกกำลังกายที่บ้าน ผู้วิจัยหลักติดตามกลุ่มทดลองทางไลน์กลุ่ม โดยให้กลุ่มทดลองส่งภาพแบบบันทึกการออกกำลังกาย พร้อมภาพถ่ายการออกกำลังกาย และสอบถามปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มทดลองทั้ง 26 คนไม่พบการหกล้มขณะออกกำลังกาย ไม่มีปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ครบถ้วนทั้ง 26 คน

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติที่เคยปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยหลักติดตามกลุ่มควบคุมทางไลน์กลุ่ม โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกายตามสะดวกของกลุ่มควบคุม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการวิจัย

3) ขั้นตอนประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบประเมิน MoCA และแบบประเมินการทรงตัว TUGT ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพุกกระทิง ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข 025/2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน รวมทั้งสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการได้รับการบริการใด ๆ



ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ เมื่อสมัครใจเข้าร่วมวิจัยจึงลงนามในแบบแสดงความยินยอม เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำการออกกำลังกายโดยก้าวตามตาราง และมอบคู่มือการปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวและประวัติการหกล้ม โดยใช้สถิติ Fisher Exact Test และ Chi-Square Test
2. เปรียบเทียบการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน TUGT ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test
3. เปรียบเทียบคะแนนของสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุจากแบบประเมิน MoCA โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test
4. เปรียบเทียบการทรงตัว และสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวและสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก สรุปเป็น 4 ส่วนดัง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.50 ^a
หญิง	22	84.62	19	73.08	
ชาย	4	15.38	7	26.92	
อายุ (ปี)	Mean 73.88 ปี (S.D. 6.31)		Mean 67.77 ปี (S.D. 6.54)		.16 ^b
60-69	9	34.62	21	80.77	
70-79	13	50.00	3	11.54	
80-88	4	15.38	2	7.69	
โรคประจำตัว					.17 ^a
มี	23	88.46	18	69.23	
ไม่มี	3	11.54	8	30.77	
ประวัติการหกล้ม					.17 ^a
มี	2	7.69	8	30.77	
ไม่มี	24	92.31	18	69.23	

^a = Fisher Exact Test, ^b = Chi-Square Test



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.62 และ 73.08 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 64-88 ปี อายุเฉลี่ย 73.88 ปี (S.D. 6.31) กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 67.77 ปี (S.D. 6.54) กลุ่มควบคุมและทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.46 และ 69.23 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 92.31 และ 69.23 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีประวัติการล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.77 และ 7.69 ตามลำดับ ได้เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวและประวัติการหกล้ม ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการทรงตัวระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการทรงตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม / การทรงตัว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p-value
	mean	S.D.	Mean Rank	mean	S.D.	Mean Rank		
กลุ่มควบคุม								
การทรงตัว	8.99	.84	26.65	8.68	.77	31.60	-4.29	< .05
กลุ่มทดลอง								
การทรงตัว	9.06	.63	26.35	8.30	.61	21.40	-3.01	< .05

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยการทรงตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองต่ำกว่า (ดีกว่า) ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่มีค่าเฉลี่ยการทรงตัวภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (Mean Rank 21.40 และ 31.60 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม / สมรรถภาพสมอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p-value
	mean	S.D.	Mean Rank	mean	S.D.	Mean Rank		
กลุ่มควบคุม								
สมรรถภาพสมอง	26.15	.61	20.23	26.50	.71	16.48	-3.00	< .05
กลุ่มทดลอง								
สมรรถภาพสมอง	27.62	1.75	32.77	28.42	1.36	36.52	-2.85	< .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank 32.77 และ 20.23 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองภายหลังการทดลองเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (Mean Rank 36.52 และ 16.48 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบการทรงตัวและสมรรถภาพสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 4
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการทรงตัวและสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมิน	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			Mann-Whitney U	p-value
	mean	S.D.	Mean Rank	mean	S.D.	Mean Rank		
การทรงตัว								
ก่อนการทดลอง	8.99	.84	26.65	9.06	.63	26.35	334.00	.94 ^{NS}
หลังการทดลอง	8.68	.77	31.60	8.30	.61	21.40	205.50	< .05
สมรรถภาพสมอง								
ก่อนการทดลอง	26.15	.61	20.23	27.62	1.75	32.77	175.00	< .05
หลังการทดลอง	26.50	.71	16.48	28.42	1.36	36.52	77.50	< .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวต่ำกว่า (ดีกว่า) กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอัตราการเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นจาก 27.62 (S.D. .75) เป็น 28.42 (S.D. 1.36) ส่วนสมรรถภาพสมองของกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นจาก 26.15 (S.D. 0.61) เป็น 26.50 (S.D. 0.71)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1. ภายหลังการทดลองคะแนนการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลเนื่องมาจาก ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางวันละ 40 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน และเพิ่มระดับความยากขึ้นตามระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การไหลเวียนโลหิตดี ส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ช่วยชะลอการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ข้อต่อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันต่าง ๆ ได้รับการกระตุ้น มีการทำงานต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นและความแข็งแรงดีขึ้น (U.S. Department of Health and Human Services, 2018) ดังการศึกษาของชิเกมัทสึ พบว่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางวันละ 70 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (Shigematsu et al., 2008)
2. ภายหลังการทดลองคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง สูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่า การออกกำลังกายโดยการก้าวเดินตามตาราง มีผลให้การไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจสูบฉีดแรงและมากขึ้น โลหิตนำออกซิเจนและพลังงานไปเลี้ยงสมองมากขึ้น การก้าวเดินตามตารางในทิศทางต่าง ๆ ต้องใช้ความสามารถในการจำรูปแบบการเดินที่กำหนด ประสานการทำงานของสมองและกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้สมาธิจดจ่อกับการเดิน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย 30 นาที จะเกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองให้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความจำและความสามารถในการเรียนรู้ ช่วยลดความฟุ้งซ่านหรือความวิตกกังวลได้ (Goodarzi et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของเตซีรา และคณะ (Teixeira et al., 2013) พบว่าการก้าวเดินตามตารางจำนวน 40 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 16 สัปดาห์

สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมอง สมาธิ และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีส่งผลให้สมรรถภาพสมองดีขึ้น ด้านสมรรถภาพสมอง กลุ่มทดลองได้ฝึกการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีพฤติกรรมสุขภาพตามความสะดวกของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมโนชา พร้อมมูล (Prommoon, 2019) พบว่าความสามารถในการทรงตัวและการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังออกกำลังกายแบบก้าวเดินดีกว่าก่อนการออกกำลังกายแบบตารางก้าวเดินอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านสมรรถภาพสมอง พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองจากแบบประเมิน MoCA สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการออกกำลังกาย และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนน MoCA สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการออกกำลังกาย และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Prommoon, 2019)

3. ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง มีคะแนนการทรงตัวต่ำกว่า และคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายตามความสะดวก ผลการศึกษาเปรียบเทียบการทรงตัวและสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมและทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัวต่ำกว่า (ดีกว่า) กลุ่มควบคุม อาจมาจากการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางทำให้กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 120 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทำให้การทรงตัวดีขึ้นอย่างชัดเจน ด้วยเหตุผลที่ว่า การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ช่วยส่งเสริมความสามารถในการควบคุมร่างกายทำให้จุดศูนย์กลางของร่างกาย (Center of gravity) อยู่หนึ่ง ร่างกายอยู่ในแนวตั้งตรง และทรงตัวขณะออกกำลังกาย ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายในการทรงตัว ทั้งนี้ยังเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของ 3 ระบบให้เกิดการทำงานประสาน ได้แก่ 1) ระบบการมองเห็น (Visual) จากเส้นตารางและตัวเลขที่กำหนด 2) ระบบหูชั้นใน (Vestibular) ควบคุมการทรงตัว และ 3) ระบบการรับรู้สัมผัสของข้อต่อ (Proprioceptive) ทำงานประสานในการเคลื่อนไหว (Chinakat & Dankamon, 2018) ขณะเดียวกันต้องมีการจดจำลำดับการก้าว ควบคุมทิศทาง การเคลื่อนไหว การตอบสนองต่อรูปแบบการก้าวที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมองด้านความจำ (memory) ความสนใจ (attention) กระบวนการทางความคิดระดับสูง (executive function) และการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ (visuospatial ability) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ของสมอง (Chen et al., 2020) การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง เป็นการกระตุ้นสมองถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synaptic connectivity) การเพิ่มประสิทธิภาพของเครือข่ายประสาท (neural network) โดยเฉพาะในบริเวณ prefrontal cortex และ hippocampus ซึ่งเกี่ยวข้องกับ executive function การเรียนรู้ และความจำ (Fernandes et al., 2020) กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Neuroplasticity ที่อธิบายว่าสมองสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ได้เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับ Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) ซึ่งเป็น Neurotrophins ที่มีบทบาทสำคัญต่อ Synaptic plasticity, Neurogenesis และการคงอยู่ของเซลล์ประสาท โดย BDNF ทำงานสัมพันธ์กับ Hippocampus ซึ่งเป็นศูนย์กลางด้านความจำของสมอง เมื่อระดับ BDNF เพิ่มขึ้น จะช่วยเสริมกระบวนการ Long-Term Potentiation (LTP) และเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาท ส่งผลให้สมองสามารถบันทึกและประมวลผลข้อมูลใหม่ได้ดีขึ้น จึงมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาด้านความจำ การเรียนรู้ และ Cognitive function ในผู้สูงอายุในการช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง และส่งเสริมสมรรถภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ (Liang et al., 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเวลาของการทดสอบด้วย TUGT ลดลง ซึ่งแสดงถึงการทรงตัวดีขึ้น อาจอธิบายได้ว่า สมาชิกชมรมมีกิจกรรมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ มีการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุประมาณ 20 นาที ร่วมกับ



กิจกรรมสันทนาการที่ส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น รำวง สี่ลาค ร้องเพลง กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีการทรงตัวดีขึ้นเช่นกัน แต่น้อยกว่ากลุ่มทดลองที่มีระยะเวลาการออกกำลังกายมากกว่าและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของรณูชา หน่อคำ และคณะ ที่ใช้การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 40 นาที ระยะเวลา 12 สัปดาห์ส่งผลให้การทรงตัวในผู้สูงอายุดีขึ้น (Nokham et al., 2016)

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในส่วนกลุ่มควบคุมมีการออกกำลังกายการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจากกิจกรรมของชมรมฯ ร่วมกับการรับรู้ถึงการติดตามผลการวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพสมองดีขึ้นเช่นกัน แต่น้อยกว่ากลุ่มทดลองที่มีการออกกำลังกายที่มีแบบแผนชัดเจน มีการเพิ่มความหนักของการเดินตามตาราง มีระยะเวลาที่ชัดเจน ดังนั้น โปรแกรมการก้าวเดินตามตาราง สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมอง สมาธิ และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีคะแนน MoCA ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกิดความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดเพียงการคัดเข้าโดยใช้คะแนน MoCA ที่แสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น จึงทำให้เกิดความแตกต่าง ซึ่งอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ผลหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุสามารถฝึกก้าวตามตารางซึ่งเป็นการออกกำลังกายซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายในร่มที่มีต้นทุนต่ำสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในชุมชน สามารถปฏิบัติได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม โดยใช้เวลาไม่เกิน 40 นาที เพื่อป้องกันการหกล้ม และส่งเสริมสมรรถภาพของสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม
2. ทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในชุมชนและศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุและนำรูปแบบกิจกรรม Square-Stepping Exercise เป็นโปรแกรมประจำสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการทรงตัวและสมองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ร่วมกับดนตรีประกอบ เพื่อส่งเสริมการทรงตัวและสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ รวมถึงการนำโปรแกรมนี้ไปส่งเสริมการทรงตัวและสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ความบกพร่องของการทรงตัวและสมรรถภาพสมอง
3. ควรมีการออกแบบการวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อลดข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ (Limitations) คือ ควรมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองให้คะแนน MoCA ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ก่อนการทดลองไม่เกิดความแตกต่างกัน ซึ่งจะเพิ่มความน่าเชื่อถือทางวิชาการของงานวิจัยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Older adult fall prevention*.

<https://www.cdc.gov/falls/data-research/facts-stats/>

Chen, F. T., Etnier, J. L., Chan, K. H., Chiu, P. K., Hung, T. M., & Chang, Y. K. (2020). Effects of exercise training interventions on executive function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 50(8), 1451–1467. <https://doi.org/10.1007/s40279-020-01292-x>

- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Falls among older adults*.
<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843> (in Thai)
- Department of Older Persons. (2026). *Statistical information of older persons*.
https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2594
- Fernandes, M. S. S., Ordônio, T. F., Santos, G. C. J., Santos, L. E. R., Calazans, C. T. S., Gomes, D. A., & Santos, T. M. (2020). Effects of physical exercise on neuroplasticity and brain function: A systematic review in human and animal studies. *Neural Plasticity*, 2020, 8856621. <https://doi.org/10.1155/2020/8856621>
- Goodarzi, S., Teymouri Athar, M. M., Beiky, M., Fathi, H., Nakhaee, Z., Omran, S. P., & Shafiee, A. (2024). Effect of physical activity for reducing anxiety symptoms in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 16(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s13102-024-00947-w>
- Hemrungron, S., Tangwongchai, S., Charoenboon, T., Panasawat, M., Supasitthumrong, T., Chaipresertsud, P., Maleevach, P., Likitjaroen, Y., Phanthumchinda, K., & Maes, M. (2021). Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(2), 183–194.
<https://doi.org/10.1159/000517822>
- Institute of Geriatric Medicine. (2019). Clinical practice guidelines for geriatric syndromes. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 31(1), 5–18. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/51843>
- Chinakat, K., & Dankamon, U. (2018). *Balance training for ankle sprain prevention and rehabilitation*. Sports Authority of Thailand.
- Kittiphimanon, K. (2017). Assessment and management of fall risk factors among community-dwelling older adults: The role of community nurses in primary care settings. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 183–195.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., & Kales, H. C. (2020). Prevention, intervention, and care: Report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Muangpaisal, W. (2017). Gerontology and geriatrics for primary care practice. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine. (in Thai)
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *CMAJ*, 173(7), 695–699.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- National Statistical Office of Thailand. (2023). *The 2021 survey of older persons in Thailand*.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf



- Nokham, R., Panuthai, S., & Kamphonsiri, T. (2016). Effects of square-stepping exercise on balance in older adults. *Nursing Journal CMU*, 43(3), 58–68. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/75136> (in Thai)
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2024). *Elderly health screening report*. <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
- Prommoon, M. (2019). *Effects of square-stepping exercise on balance and cognitive function in older adults with normal cognition or mild cognitive impairment* (Master's thesis). Chulalongkorn University. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9492/> (in Thai)
- Saengsawang, P., Jintanawat, O., & Sukamwang, K. (2016). Effects of step table exercise on physical fitness among older adults. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 31(1), 5–18. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/51843>
- Shigematsu, R., Okura, T., Nakagaichi, M., Tanaka, K., Sakai, T., Kitazumi, S., & Rantanen, T. (2008). Square-stepping exercise and fall risk factors in older adults: A single-blind, randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(1), 76–82. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.1.76>
- Steffen, T. M., Hacker, T. A., & Mollinger, L. (2002). Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-minute walk test, Berg balance scale, timed up & go test, and gait speeds. *Physical Therapy*, 82(2), 128–137. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.2.128>
- Teixeira, C. V. L., Gobbi, S., Pereira, J. R., Vital, T. M., Hernández, S. S. S., Shigematsu, R., & Gobbi, L. T. B. (2013). Effects of square-stepping exercise on cognitive functions of older people. *Psychogeriatrics*, 13(3), 148–156. <https://doi.org/10.1111/psyg.12017>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2018). *Physical activity guidelines for Americans* (2nd ed.). https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf
- World Health Organization. (2023). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- World Health Organization. (2023). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Social Support and Continuing Care Narcotic Psychiatric Patients Released from Prison

Amporn yana^{*}, Uthaiwan Nugad^{*}, Rujilek Nanglea^{**},
Pinanong Keangmana^{***}, Nalintip Pongpunya^{***}, Aekkaphan Khampeera^{1*}

(Received: February 11, 2026, Revised: May 20, 2026, Accepted: June 9, 2026)

Abstract

This descriptive research aimed to examine social support, continuity of care, and the problems and needs related to social support among psychiatric patients with substance use disorders who had been released from prison. The sample consisted of 557 participants, including 47 psychiatric patients with substance use disorders, 47 caregivers, 140 registered nurses, and 323 community leaders and community members. Participants were selected using purposive sampling and simple random sampling techniques. Data were collected using questionnaires assessing social support, continuity of care, and the problems and needs related to social support among formerly incarcerated psychiatric patients with substance use disorders. The instruments were reviewed by three experts for content validity. The Social Support and Social Support Needs Questionnaire demonstrated a content validity index (CVI) of .70, while the Community Continuity of Care Questionnaire showed item-objective congruence (IOC) values ranging from .67 to 1.00. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficients, which were .97 for the Social Support and Social Support Needs Questionnaire and .82 for the Community Continuity of Care Questionnaire. Descriptive statistics were used for data analysis.

The results indicated that overall social support was at a moderate level. Regarding living conditions, 74.50% of participants had their own homes. The relationships between patients and caregivers, as well as between patients and neighbors, were also rated at a moderate level. In terms of mental health care and psychiatric symptoms, 66.00% of patients reported consistent medication adherence and psychiatric treatment, whereas 54.30% reported substance use. Stress management was practiced by 84.00% of the patients. For support from local health personnel and community networks, 53.20% of patients received assistance, and 54.30% were regularly monitored for symptoms. These findings may support the development of community-participatory care models aimed at fostering successful community reintegration and enhancing the quality of life among this vulnerable population.

Keywords: Continuing Care; Narcotic Psychiatric Patient; Need of Social Support; Social Support

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

^{**}Chiang Rai Provincial Health Office

^{***}Chiang Rai Central Prison

¹Corresponding author: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th



การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษจากเรือนจำ

อัมพร ยานะ*, อุทัยวรรณ นุกาศ*, รุจิเรข นางแล**,
ปิ่นอนงค์ เกียงมณี***, นลินทิพย์ ผ่องปัญญา***, เอกพันธ์ คำภีระ^{1*}

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ: 20 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ: 9 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การดูแลต่อเนื่อง ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษจากเรือนจำ กลุ่มตัวอย่าง 557 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 47 ราย ผู้ดูแล 47 ราย พยาบาลวิชาชีพ 140 ราย ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน 383 ราย คัดเลือกแบบสุ่มเฉพาะเจาะจงและทำการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม การดูแลต่อเนื่อง ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษจากเรือนจำ ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .70 ขณะที่แบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ในช่วง .67 ถึง 1.00 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสภาพความเป็นอยู่ มีบ้านเป็นของตนเอง ร้อยละ 74.50 ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการดูแลสุขภาพจิตและอาการทางจิตพบว่าการรับประทานยาและการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 66.00 มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 54.30 มีการจัดการความเครียด ร้อยละ 84.00 ส่วนในด้านการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และเครือข่ายในชุมชน ร้อยละ 53.20 และมีการติดตามอาการสม่ำเสมอ ร้อยละ 54.30 ดังนั้นการรับรู้ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม การดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษ โดยการมีส่วนร่วมชุมชน และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง; ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด; ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม;
การสนับสนุนทางสังคม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

***เรือนจำจังหวัดเชียงราย

¹ผู้ประพันธ์บทความ: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. 2025 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี ค.ศ. 2023 มีประชากรโลกใช้ยาเสพติดถึง 316 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.00 ของประชากรอายุ 15–64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.20 จากปี ค.ศ. 2013 และมีผู้ต้องการการบำบัดฟื้นฟู 35 ล้านคน แต่ได้รับการบำบัดเพียง 1 ใน 7 เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติด 585,000 คนในปี พ.ศ. 2560 (Narcotics Control Management Center, Ministry of Public Health, 2024; UNODC, 2025) สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566 พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปกว่า 13.40 ล้านคนเคยมีปัญหาระบาดจิตเวช และมีผู้ใช้สารเสพติดถึง 6 ล้านคน โดยเพศชายใช้สูงกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า (Jutha & Makklay, 2025) การใช้สารเสพติดเป็นเวลานานส่งผลต่อสารเคมีในสมอง ก่อให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงและการกระทำผิดกฎหมาย (Opasawatana, 2020) อีกทั้งในช่วงปี พ.ศ. 2553 ถึง 2562 มีจำนวนผู้ต้องขังเพิ่มขึ้นจาก 146,000 เป็น 360,000 ราย โดยส่วนใหญ่มาจากคดียาเสพติด และจากการสำรวจ ณ วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560 พบผู้ต้องขังทั่วประเทศ 307,500 คน เป็นคดี พ.ร.บ. ยาเสพติดถึงร้อยละ 70.93 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 15.25 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ (Ministry of Public Health, 2024)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษมีความยุ่งยากซับซ้อน และเป็นกลุ่มเปราะบาง เป็นเหตุปัจจัยของปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โดยกำหนดให้ “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดได้รับการช่วยเหลือ และเข้าถึงระบบการบำบัดรักษา ให้ได้รับการดูแล การประเมิน และการติดตามผลการดูแลรักษาแบบระยะยาวคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Opasawatana, 2020) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการบำบัดรักษาและการดูแลต่อเนื่องทั้งขณะต้องขังในเรือนจำและเมื่อพ้นโทษจากเรือนจำ อีกทั้งเมื่อออกจากเรือนจำต้องมีการติดตามอาการ และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้สารเสพติดและการก่อเหตุซ้ำ โดยกลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน (Wannarit et al., 2023) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้พ้นโทษจากเรือนจำแล้ว กลับมีพฤติกรรมไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และไม่มาพบแพทย์ตามนัด ในขณะที่มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลครบระยะเวลาที่กำหนดมีเพียง ร้อยละ 57.94 แต่ในขณะที่เดียวกันระหว่างการรักษาผู้ป่วยยังมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้การรักษาไม่ได้ผลทำให้การกำเริบของโรคเร็วขึ้น อีกทั้งยังทำให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและก่อความรุนแรงซ้ำ โดยสาเหตุเกิดจากผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ ระบบการดูแลเพื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความต่อเนื่อง และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ (Opasawatana, 2020) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดจำนวน 7,500 คน และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปีงบประมาณ 2566 เป็น 22,712 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง 4,549 คน (ร้อยละ 60.65) และผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุรุนแรงในชุมชน 1,813 คน (ร้อยละ 24.17) ดังนั้นยุทธศาสตร์ชาติจึงกำหนดกรอบแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด คือ การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาศักยภาพตนเอง การพึ่งตนเอง และการจัดการตนเอง ตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติดและพัฒนาชุมชนได้ด้วยตนเอง (Narcotics Control Management Center, Ministry of Public Health, 2024) ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับประทานยาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด ควบคู่กันทั้งการรักษาอาการทางจิตและการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ สังคม ชุมชน และหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามาให้ความช่วยเหลือด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศ

สิ่งแวดล้อมให้ห่างไกลตัวกระตุ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (Opasawatana, 2020) ดังจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่สำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่ได้รับรู้สึกผูกพันเชื่อว่าตนเองมีคนรัก มีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดความตระหนักในคุณค่าตนเอง สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีผู้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษากันอย่างกว้างขวาง และมีรายงานความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมมือในการรักษา (Glasgow et al., 2001) โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองดีขึ้น และทำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดจากปรับแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการให้ความสำคัญกับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฟื้นฟูหายจากโรค (Nantaphak, et al., 2013) อีกทั้งความต้องการการสนับสนุนยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของบุคคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = +.227, p < .01$) (Khampeera et al., 2021)

การดูแลต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือหลังการบำบัดรักษาเมื่อพ้นโทษจากเรือนจำ เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยยาเสพติดพ้นโทษให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุข ในการเข้าถึงการประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต โดยการประคับประคอง ให้คำแนะนำ ปกป้อง เสริมสร้างกำลังใจ และสร้างแรงจูงใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ลดปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ลดการก่อความรุนแรงซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Opasawatana, 2020) การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพในครอบครัวและชุมชนซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นหายเร็ว อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Rattanaagreethakul et al., 2018) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งหมดในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพ้นโทษที่ต้องกลับเข้าอาศัยกับครอบครัวและชุมชน (Opasawatana, 2020) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเมื่อพ้นโทษจากเรือนจำต้องเผชิญปัญหาในหลายด้าน เช่น การตีตราจากสังคม การว่างงาน การขาดแหล่งที่อยู่อาศัย รวมถึงการขาดการยอมรับจากสังคม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และมีอาการจิตเวชกำเริบต้องรักษาไปอีกนานในอนาคต ด้วยเหตุนี้ การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชพ้นโทษจากเรือนจำจึงมีความสำคัญ โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาหรือกำหนดแนวทาง ระบบกลไก ขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ไขปัญหายาเสพติดและจิตเวชผู้ป่วยจิตเวชพ้นโทษ ตลอดจนพัฒนาแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชพ้นโทษที่เหมาะสม อันจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชพ้นโทษได้อาศัยอยู่ในชุมชนตามสิทธิที่ประชาชนไทยพึงจะได้รับด้วยความเท่าเทียม ได้รับการยอมรับในสังคม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดและกระทำผิดซ้ำ



วัตถุประสงค์

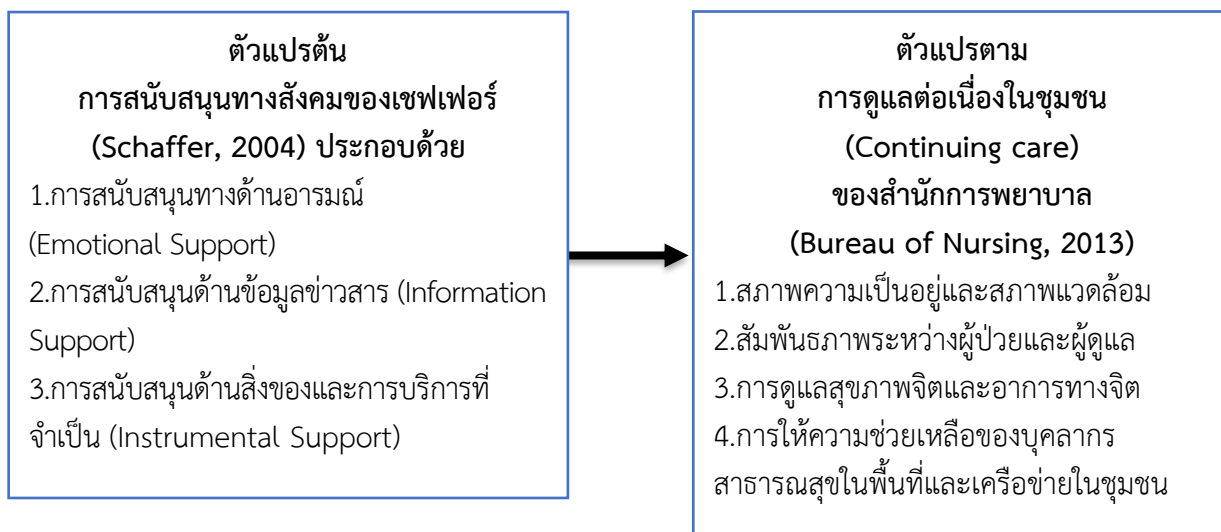
1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำ

คำถามการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำเป็นอย่างไร
2. การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำเป็นอย่างไร
3. ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2004) มาใช้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการที่จำเป็น (Instrumental Support) โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งไปมีผลกระทบต่อนแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ของสำนักการพยาบาล (Bureau of Nursing, 2013) ร่วมกับการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ต้องขังจิตเวชตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาประยุกต์เป็นแนวคิดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำ ซึ่งประกอบด้วย 1) สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) การดูแลสุขภาพจิตและอาการทางจิต และ 4) การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และเครือข่ายในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพื้นโทษจากเรือนจำในจังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 557 ราย มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพิษจากเรื้อรัง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผ่านกระบวนการเตรียมก่อนปล่อยจากเรือนจำ ในปี พ.ศ. 2567 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทย มีประชากรจำนวน 47 คน
2. ผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพิษจากเรื้อรัง มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน และ 2) สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 47 คน
3. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกจิตเวช และยาเสพติด มีประชากรจำนวน 140 คน สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน
4. ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพิษจากเรื้อรัง มีประชากรจำนวน 1,704 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้สูตรความน่าจะเป็นของทาร์โรว์ ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ($n = N/1+Ne^2$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม การดูแลต่อเนื่อง ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพิษจากเรื้อรัง (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ความเพียงพอในการใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2004) เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 10 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จำนวน 7 ข้อ และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการที่จำเป็น (Instrumental Support) จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.5-5.0 คือ มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.5-4.49 คือ มาก ค่าเฉลี่ย 2.5-3.49 คือ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.5-2.49 คือ น้อย และค่าเฉลี่ย 1-1.49 คือ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยทีมวิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ของสำนักการพยาบาล (Bureau of Nursing, 2013) และการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ต้องขังจิตเวชตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ 2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 2 ข้อ 3) การดูแลสุขภาพจิตและอาการทางจิต จำนวน 5 ข้อ และ 4) การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และเครือข่ายในชุมชน โดยใช้แบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ต้องขังจิตเวช ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 จำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นมา และมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล นักจิตวิทยาแผนกจิตเวชในเรือนจำ พยาบาลวิชาชีพ



ในคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าเท่ากับ .70 และแบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องในชุมชนนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) ได้ค่าระหว่าง .67 ถึง 1.00

2. นำการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นมา และทำการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในค่ายทหาร ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .97 และแบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ได้เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยประสานงานขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำส่งบันทึกข้อความ ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมแนบเอกสารโครงการวิจัย หนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการเครื่องมือการวิจัย ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลป่าแดด โรงพยาบาลเวียงแก่น โรงพยาบาลเทิง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดเชียงราย

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทีมผู้วิจัยได้ขออนุญาตการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชพื้นที่ และผู้ดูแลจากงานจิตเวชและยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และทำหน้าที่ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงผ่านทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงทำข้อตกลงในการนัดหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบเชิงสังคมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวัน เวลา สถานที่นัดหมาย เช่น วันมารับยาที่โรงพยาบาล วันนัดรายงานตัวที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด หรือให้ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมร่วมกับงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยใช้แบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการลงนามในเอกสารยินยอมในการให้ข้อมูล

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในส่วนของการเครือข่ายชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

4. รวบรวมแบบสอบถามจนครบ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขเชียงราย เลขที่ CRPPHO 54/2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังพื้นที่ และได้ทำการชี้แจงก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจแล้วให้ลงนามในใบยินยอมให้ทำงานวิจัย และหากเกิดความไม่สบายใจหรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เสนอเป็นรายบุคคล ถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่ถูกเปิดเผย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Ver 23 และการใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ความเพียงพอในการใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และข้อมูลการติดตามภาวะสุขภาพ และการบำบัดรักษาต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมและความต้องการการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 557 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.20 สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 83.30 การศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.60 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 44.50 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 44.50 มีสมาชิกในครอบครัว 1 ถึง 13 คน เฉลี่ย 4.57 คน มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ร้อยละ 42.50 และสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนมากใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 64.50
2. **การสนับสนุนทางสังคม** พบว่าการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.30 โดยเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.90 และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของบริการที่จำเป็น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.60 (ตารางที่ 1)
3. **ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.70 โดยเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.60 2) ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.30 และ 3) ด้านการสนับสนุนสิ่งของและการบริการที่จำเป็น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.20 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม (n=557)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม/ความต้องการ (n=557)			
หัวเรื่อง	Mean	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)	3.20	0.62	ระดับปานกลาง
1.ด้านอารมณ์	3.10	0.69	ระดับปานกลาง
2.ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.39	0.72	ระดับปานกลาง
3.ด้านสิ่งของและการบริการที่จำเป็น	3.30	0.67	ระดับปานกลาง
ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม)	3.38	0.62	ระดับปานกลาง
1.ด้านอารมณ์	3.48	0.69	ระดับปานกลาง
2.ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.32	0.63	ระดับปานกลาง
3.ด้านสิ่งของและการบริการที่จำเป็น	3.38	0.69	ระดับปานกลาง

4. การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนได้ทำการสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดพันโทฯ จำนวน 47 คน และครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 47 คน รวมทั้งสิ้น 94 ราย เมื่อแยกรายด้านหลักทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1. ด้านสภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบ้านเป็นของตัวเอง ร้อยละ 74.50 อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 26.60 ไม่พบคนเร่ร่อนหรือมีที่อยู่ไม่แน่นอน และการเดินทางมีความสะดวก คิดเป็น

ร้อยละ 28.70 2. ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 36.20 และในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน คน ใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58.50 โดยในด้านการดูแลสุขภาพจิตและอาการทางจิต แบ่งเป็นรายด้านต่าง ๆ คือ 1) ด้านการรับประทานยาและการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 66.00 จัดยาเอง ร้อยละ 44.70 ให้ผู้อื่นจัดยาให้ ร้อยละ 35.10 เกิดผลข้างเคียงจากยา ร้อยละ 9.60 มีทัศนคติต่อการรักษาที่ว่าการรักษาไม่ผลดีต่อการรักษา ร้อยละ 58.50 ไม่เชื่อว่าการรับประทานยาจะทำให้ดีขึ้น ร้อยละ 8.50 ไม่สนใจหรือเฉย ๆ ร้อยละ 33.00 2) ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า ยังใช้สารเสพติด ร้อยละ 54.30 3) ด้านการดูแลสุขภาพจิตหรืออาการทางจิตของผู้ป่วย พบว่า มีการจัดการความเครียดจากตัวกระตุ้นภายนอกได้ ร้อยละ 84.00 และมีการจัดการความเครียดจากการกระตุ้นภายในหรือคิดด้านลบได้ ร้อยละ 86.20 อาการทางจิตเวชที่พบ เช่น นอนตลอดทั้งวัน ร้อยละ 12.80 มีอาการหลงผิด ร้อยละ 5.30 มีอาการประสาทหลอนหรือหูแว่ว ร้อยละ 13.80 พูดหัวเราะคนเดียว ร้อยละ 8.50 ไม่มีซึมหรือแยกตัว หรือไม่พูด ร้อยละ 100 และอาการก้าวร้าว/เอะอะ/อาละวาด ร้อยละ 3.20 และ 4. ด้านการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 53.20 เมื่อแยกเป็นปัญหาที่พบ คือ ไม่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และชุมชน ร้อยละ 43.60 บุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 16.00 สถานที่ห่างไกล การเดินทางลำบาก ร้อยละ 13.80 ระบบการส่งต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานล่าช้า ร้อยละ 2.10 และปัญหาอื่น ๆ ร้อยละ 24.50 บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ได้ติดตาม การเปลี่ยนแปลง อาการ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พบว่า สม่่าเสมอ ร้อย 54.30 มีการมีการติดตามบางครั้ง ร้อยละ 29.80 ไม่มีการกำกับติดตาม ร้อยละ 10.70 และติดตามเมื่อเกิดปัญหา ร้อยละ 5.30 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (n=94)

การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน	กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล n=94	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านสภาพความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อม		
- มีบ้านเป็นของตัวเอง	70	74.50
- อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	25	26.60
- อยู่ในชุมชน เดินทางสะดวก	27	28.70
- ห่างไกลชุมชน เดินทางลำบาก	9	9.60
2. ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน		
2.1) ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล		
- ดีมาก	2	2.10
- ดี	2	2.10
- ปานกลาง	34	36.20
- ไม่ดี	25	26.60
- ไม่มีผู้ดูแล	31	33.00



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (n=94) (ต่อ)

การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน	กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล n=94	
	จำนวน	ร้อยละ
2.2) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน คน ใกล้ชิด		
- ดี	5	5.30
- ปานกลาง	55	58.50
- ไม่ดี	21	22.30
- ไม่มีผู้ดูแล	13	13.80
3. ด้านการดูแลสุขภาพจิต และอาการทางจิต		
3.1) ด้านการรับประทานยาและการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง		
- จัดยาเอง	42	44.70
- ให้ผู้อื่นจัดยาให้	33	35.10
- เกิดผลข้างเคียงจากยา	9	9.60
- มีทัศนคติต่อการใช้ยาที่ว่า การใช้ยามีผลดีต่อการรักษา	55	58.50
- ไม่เชื่อว่าการรับประทานยาจะทำให้ดีขึ้น	8	8.50
- ไม่สนใจ/เฉยๆ	31	33.00
3.2) ด้านการใช้สารเสพติด		
- ยังใช้สารเสพติด	51	54.30
- ไม่ยังใช้สารเสพติด	43	45.70
3.3) ด้านการดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตของผู้ป่วย		
มีการจัดการความเครียดจากตัวกระตุ้นภายนอกได้	79	84.00
มีการจัดการความเครียดจากการกระตุ้นภายใน/คิดด้านลบได้	81	86.20
อาการทางจิต		
- นอนตลอดทั้งวัน	12	12.80
- มีอาการหลงผิด	5	5.30
- มีอาการประสาทหลอน/หูแว่ว	13	13.80
- พูดหัวเราะคนเดียว	8	8.50
- ไม่มีซึม/แยกตัว/ไม่พูด	94	100.00
- อาการก้าวร้าว/เอะอะ/อาละวาด	3	3.20
4. ด้านการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และ เครือข่ายในชุมชน		
- มีการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่	50	53.20
- ไม่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขใน พื้นที่และชุมชน	41	43.60
- บุคลากรไม่เพียงพอ	15	16.00
- สถานที่ห่างไกล การเดินทางลำบาก	13	13.80

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (n=94) (ต่อ)

การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน	กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล n=94	
	จำนวน	ร้อยละ
- ระบบการส่งต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานล่าช้า	2	2.10
- ปัญหาอื่น ๆ	23	24.50
- บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ได้ติดตาม การเปลี่ยนแปลง อาการ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ		
- สม่ำเสมอ	51	54.30
- มีการมีการติดตามบางครั้ง	28	29.80
- ไม่มีการกำกับติดตาม	10	10.70
- และติดตามเมื่อเกิดปัญหา	5	5.30

อภิปรายผล

ผลการศึกษากการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทชจากเรือนจำสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทชจากเรือนจำ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของบริการที่จำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาที่ค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากสังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มประชากรที่มีความซับซ้อนเป็นทั้งผู้พันโทช และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพร้อมกัน มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนเสื่อมถอยลงจากการจำคุกนาน ระบบบริการยังไม่ตอบสนองต่อ ความซับซ้อนของกลุ่มนี้เท่าที่ควรจะเป็น อาจนำไปสู่การถูกตีตรา และการถูกผลักออกจากสังคมได้มากกว่า ประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Awarunhak, 2019) และการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลวังเจ้า พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว รายด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในภาพรวม พบว่าเกินครึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง (Sootthasil & Punoy, 2023) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2004) ถ้าผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทชได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้ง 3 ด้านอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างดีในสังคม ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ อีกทั้งครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามาช่วยเพิ่มแรงสนับสนุน ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดความต้องการการสนับสนุนทางสังคมลง และเดินทางใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทชจากเรือนจำ ในด้านสภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม พบว่า มีบ้านเป็นของตัวเองและมีการเดินทางสะดวกมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าอยู่ห่างไกลชุมชนเดินทางลำบากเพียงร้อยละ 9.60 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะเป็นคนกลุ่มน้อยที่ยังคงต้องการ

การรักษาที่ต่อเนื่องแต่การเดินทางที่ลำบากกลับเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการขาดเครือข่ายทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสิรินทรียา พูลเกิด และณปภัช สัจจนกุล (Phulkerd, & Satchanawakul, 2020) ในเอกสารทางวิชาการเรื่องที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย: แนวคิด พัฒนาการ และมุมมองเชิงนโยบาย พบว่า นอกจากอาหาร เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค “ที่อยู่อาศัย” นับเป็นอีกหนึ่งใน “ปัจจัยสี่” ที่มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในเศรษฐกิจหรือช่วงวัยใด ต่างต้องการที่อยู่อาศัยในฐานะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน คนใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลาง (Khamwong et al., 2020) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงถูกตีตราทางสังคมและความสัมพันธ์ที่เสื่อมถอยลงในช่วงที่ถูกคุมขัง ทำให้การฟื้นฟูความสัมพันธ์ภายหลังพ้นโทษเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่ราบรื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาว่าสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านและคนใกล้ชิดอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 58.50 ซึ่งบ่งชี้ว่าชุมชนยังไม่พร้อมเปิดรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเต็มที่ อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลต่อเนื่องที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกหลัก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงบวก ได้แก่ การพักอาศัยร่วมกับบุตรหลานหรือเครือญาติ ($p < .05$) (Supata & Buasri, 2024) ที่ศึกษาซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวยังคงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมการพึ่งพิงกันในครอบครัว

3. ด้านการดูแลสุขภาพจิตและอาการทางจิต ในด้านการรับประทุษร้ายและการรักษาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยกว่าสองในสามรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้จ่าย ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีต่อความร่วมมือในการรักษา แต่สิ่งที่น่ากังวล คือ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 33.00 ที่มีทัศนคติเฉยเมยต่อการใช้จ่าย และร้อยละ 8.50 ที่ไม่เชื่อในประสิทธิผลของยา ซึ่งจะเห็นได้ว่าคนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดยา และอาจจะมีอาการกำเริบได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งต้องจัดยาด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ประกอบกับพบอาการข้างเคียงในผู้ป่วยบางราย โดยสอดคล้องกับการศึกษาของพลพัทธ์ กลิ่นพิบูล และกรแก้ว จันทพาสา (Klinpiboon & Chanthapasa, 2023) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในไทยมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของยาในระดับต่ำ และสามารถสังเกตเห็นทัศนคติเชิงลบต่อการใช้จ่าย โดยเสนอว่าระบบบริการสุขภาพจิตควรส่งเสริมการรับรู้เชิงบวกต่อยา ลดทัศนคติเชิงลบ และสร้างความมั่นใจในการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ส่วนในด้านการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งยังคงใช้สารเสพติดภายหลังพ้นโทษ ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของกระบวนการบำบัดในเรือนจำที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีทักษะการจัดการความเครียดในระดับดี แต่การที่ยังพบอาการทางจิตเวช เช่น ประสาทหลอนและอาการหลงผิดในบางราย ชี้ให้เห็นว่าการควบคุมอาการยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งเมื่อเกิดร่วมกับการใช้สารเสพติดที่ต่อเนื่อง ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบและการกระทำผิดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน พบว่า สาเหตุการใช้สารเสพติด มีประเด็นย่อย ได้แก่ เพื่อนชวน และอยากลอง สาเหตุการกลับเป็นซ้ำมีหยุดกินยาทางจิตเวช กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสุบบุหรี่ การดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียด การมีความตั้งใจจริง เพื่อเลิกใช้สารเสพติด (Chansuvarn et al., 2023) ซึ่งสะท้อนถึงการมีทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ที่เพียงพอ และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัด ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลา พบว่า มีอัตราของการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ถึง

ร้อยละ 36.80 โดยวิธีการจัดการกับความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้การประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญา เพื่อจัดการควบคุมหรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบตัวบุคคล (Jehsmajeh, 2020)

4. ด้านการให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และเครือข่ายในชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้บุคลากรสาธารณสุขจะให้ความช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในสัดส่วนที่ค่อนข้างดี แต่การที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งไม่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในพื้นที่ได้ ประกอบกับปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ และข้อจำกัดด้านการเดินทาง ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพในชุมชนยังไม่สามารถรองรับความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนนี้ได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ในมิติความพร้อมและการรองรับที่ยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ผลการศึกษายังสะท้อนถึงลักษณะของระบบที่ยังคงเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งไม่เอื้อต่อการป้องกันการกำเริบของ อาการและการกระทำผิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ (Kerdsang et al., 2022) ที่พบว่า ด้านสิ่งกระตุ้นจิตใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท ได้แก่ การสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน การสนับสนุนด้านกำลังใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรในท้องถิ่นด้วย โดยจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuing care) ของสำนักการพยาบาล (Bureau of Nursing, 2013) ที่ชี้ให้เห็นว่า ถ้าชุมชนมีระบบที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับที่ออกมาจากเรือนจำ ผู้ป่วยก็จะเชื่อมั่น และไม่เดินทางผิดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยที่ออกมาจากเรือนจำจึงมีความสำคัญอย่างมากที่สุด รวมถึงเห็นถึงความใส่ใจ และการยอมรับผู้ป่วยเหล่านี้เข้าสู่สังคมได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุง เช่น การจัดการปัญหาการใช้สารเสพติด การเข้าถึงและการติดต่อบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงการจัดการกับอุปสรรคด้านบุคลากร และระบบการส่งต่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชพันโทษ ของชุมชนที่มีผู้ป่วยกำลังจะออกมาจากเรือนจำ
2. จากข้อมูลเรื่องการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษจากเรือนจำ นำมาพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดพันโทษ เมื่อพันโทษออกมาจากเรือนจำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น ขยายขอบเขตไปยังพื้นที่อื่น ๆ เช่น เขตเมือง เขตชนบท หรือหลายจังหวัด เพื่อให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในระบับนโยบายได้
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดหรือสุขภาพจิตของผู้ดูแล อัตราการกลับไปใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ความสามารถในการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย การวิเคราะห์ในเชิงสหสัมพันธ์หรือการวิเคราะห์ถดถอยจะช่วยระบุ "ปัจจัยเสี่ยง" และ "ปัจจัยสนับสนุน" ที่สำคัญ เพื่อกำหนดแนวทางการส่งเสริมที่ตรงจุด



เอกสารอ้างอิง

- Awarunhak, T. (2019). Perceived factors and social support of caregivers of the schizophrenics in relation to medication behavior of the schizophrenics in Waeng District Narathiwat Province. *Journal of Health Science Research and Development*, 15(2), 42-51. (in Thai)
- Bureau of Nursing. (2013). *Home ward nursing* [Karn payaban phu-puay thee ban]. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chanapan, N., Seeherunwong, A., Yuttatri, P., & Kongsakon, R. (2013). Relationship between the factors of social support and self-insight and self-regaining amongst female depression patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 44-57. (in Thai)
- Chansuvarn, S., Champangern, W., Khachat, S., Phothong, P., & Sripoh, S. (2023). Problems and causes of relapse in psychiatric patients with substance abuse in the community. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 6(2), 67-82. (in Thai)
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 33-41. <https://doi.org/10.2337/diaspect.14.1.33>
- Jehsmajeh, S. (2020). *Factors affecting non-relapse drug addiction of rehabilitative patients in Mueang District, Yala Province* [Master's thesis, Sukhothai Thammathirat Open University]. (in Thai)
- Jutha, W., & Makklay, K. (2025). *Prevalence of mood disorders: The 2023 national mental health epidemiological survey of the Thai population*. Bureau of Mental Health Academic Affairs. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1681>
- Kerdsang, U., Intarakamhang, U., Peungposop, N., & Kerdsang, T. (2022). Health beliefs, participation behavior and community rehabilitation guidelines for schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 1-21. (in Thai)
- Khampeera, A., Lirtmunlikaporn, S., & Unahalekhaka, A. (2021). Factors related to practices of village health volunteers in preventing pulmonary tuberculosis transmission in community. *Nursing Journal*, 48(1), 175-186.
- Khamwong, W., Nusawat, C., Yaemboonrueang, T., & Thueanchaoen, Y. (2020). Relationship between individual factors, mental health self-care behaviors, and mental health status of the elderly in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province. *Journal of Health Science Research*, 14(3), 131-144. (in Thai)
- Klinpiboon, P., & Chanthapasa, K. (2023). The medication use issues and challenges of mental illness exacerbation in patients with schizophrenia: A qualitative study in Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 17, 2927-2937. <https://doi.org/10.2147/PPA.S420973>
- Ministry of Public Health. (2024). *Guidelines for treatment and rehabilitation of drug users under the Narcotics Code* (Revised ed.). Office of the Secretary to the Committee on Treatment and Rehabilitation of Drug Users. (in Thai)
- Moolprom, A. (2025). Development of a participatory care system: A case study of caregivers for psychiatric patients with substance use disorders at Wan Yai Hospital, Wan Yai District, Mukdahan Province. *STC Journal*, 4(1), 1-18. <https://doi.org/10.57260/stc.2025.1005> (in Thai).

- Narcotics Control Management Center, Ministry of Public Health. (2024). *Strategic plan for drug treatment and rehabilitation for fiscal years 2021–2023*.
https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2013). Home ward. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd. (in Thai)
- Opasawatana, C. (2020). *Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Department of Mental Health.
<https://dmh-elibrary.org/items/show/1303> (in Thai)
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Phulkerd, S., & Satchanawakul, N. (2020). *Appropriate housing for older adults in Thai society: Concepts, development, and policy perspectives*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Rattanaagreeethakul, S., Thanakit, S., Krungkraipetch, N., & Ritngam, A. (2018). Development of home ward care: A case study of the health-promoting innovation of Khlong Yai Hospital, Trat Province. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 26(1), 79–89.
- Schaffer, M. A. (2004). Social support. In B. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (1st ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sootthasil, M., & Punoy, S. (2023). Family's social support for adolescent psychiatric patients in Wang Chao Hospital. *Journal of Science and Technology Northern*, 4(2), 103–119. (in Thai)
- Supata, W., & Buasri, S. (2024). Factors related to the quality of life of dependent older adults in Mueang District. *Journal of Nursing and Health Research*, 25(2), 227–236. (in Thai)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *UNODC World Drug Report 2025: Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem*.
https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2025/June/unodc-world-drug-report-2025_global-instability-compounding-social-economic-and-security-costs-of-the-world-drug-problem.html
- Wannarit, K., Pukrittayakamee, P., & Udomratn, P. (2023). Current status of psychiatric care in Thailand. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 37(3), 103–112. https://doi.org/10.4103/TPSY.TPSY_22_23



Factors Associated with Self-management Behaviors among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Mueang Phayao District, Phayao Province

Kanjana Klangprom*, Jarasrawee Nonnoi*, Jennapha Thawiaphiradibunta*, Tidarat Kantawong*, Namwan Kantawong*, Supapat Kanchana*, Waraporn Srijanpal^{1*}

(Received: January 20, 2026, Revised: March 25, 2026, Accepted: June 29, 2026)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine self-management behaviors and factors associated with self-management behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample consisted of 100 patients with COPD in Mueang Phayao District, Phayao Province. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a self-management behavior assessment scale with a Cronbach's alpha coefficient of 0.79 and a content validity index of 0.67-1.00, and a knowledge test regarding the disease and self-management practices with a Kuder-Richardson reliability coefficient of 0.85 and a content validity index of 0.75-1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Point-biserial correlation coefficient, and Eta correlation coefficient.

The findings revealed that factors significantly associated with self-management behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease at the .05 level ($p < .05$) included education level, which demonstrated a statistically significant weak positive correlation ($r = +.084$, $p < .05$), and overall knowledge regarding the disease and self-management practices, which showed a statistically significant low positive correlation ($r = +.239$, $p < .05$). When each dimension was considered separately, only knowledge related to emotional self-management demonstrated a statistically significant low positive correlation with self-management behaviors ($r = +.228$, $p < .05$). In contrast, age was found to have a statistically significant low negative correlation with self-management behaviors ($r = -.246$, $p < .05$). Therefore, in terms of policy and clinical practice, healthcare personnel should integrate disease-related knowledge and self-management practices into nursing care plans to promote self-management among patients with chronic obstructive pulmonary disease, with an emphasis on behavioral modification processes that facilitate disease control in order to enhance patient's quality of life in the long term.

Keywords: Associated Factors; Patients with COPD; Self-management Behaviors

*Boromarajonnani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: raporn230815@gmail.com



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กาญจนา กลางพรม*, จรัสระวี นนทน้อย*, เจนนภา ทวีอภิรติบุญตา*, ธิธรัตน์ กันทะวงศ์*,
น้ำหวาน กันทะวงศ์*, สุภาภัทร กัณชนะ*, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล^{1*}

(วันรับบทความ: 20 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 25 มีนาคม 2569, วันตอบรับบทความ: 29 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67-1.00 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ 0.85 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.75-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์อันดับ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r = +.084$, $p < .05$) และความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r = +.239$, $p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r = +.228$, $p < .05$) ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ($r = -.246$, $p < .05$) ดังนั้นในเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเข้ากับแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการควบคุมสถานะของโรค เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: ปัจจัยที่สัมพันธ์; ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; พฤติกรรมการจัดการตนเอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: rapom230815@gmail.com



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เกิดจากความผิดปกติของทางเดินหายใจด้วยสภาวะปอดที่มีความหลากหลาย เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หลอดลมฝอยอักเสบ และถุงลมโป่งพอง ทำให้มีการอุดกั้นของทางเดินอากาศอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถย้อนกลับได้หมด ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง มีการผลิตเสมหะ หรือมีอาการกำเริบ (exacerbations) ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2024) ในปี พ.ศ.2564 COPD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 3.5 ล้านคน นอกจากนี้หากนับจำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะของการมีอาการเหนื่อยเรื้อรังและไม่สามารถทำงานได้ COPD อยู่ในอันดับที่ 8 ของปัญหาสุขภาพทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2024) ในประเทศไทยระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center [HDC], Ministry of Public Health, 2024) รายงานว่าปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย COPD ทั่วประเทศ จำนวน 20,526 คน โดยแบ่งเป็นเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 4,369 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ จังหวัดพะเยาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยด้วย COPD จำนวน 7,643 คน โดยพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย COPD จำนวน 373 คน ส่วนสาเหตุสำคัญของ COPD เกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังจากฝุ่นและแก๊สพิษ โดยเฉพาะควันบุหรี่ (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage [TST], 2022) ในขณะที่ WHO (2024) ระบุว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ COPD ตามแนวคิด GETnomics เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรม ได้แก่ การขาดสาร Alpha-1 antitrypsin (AATD) ซึ่งเกิดจากกลายพันธุ์ของยีน SERPINA1 อายุ เพศ การเป็นโรคหอบหืด และมีการสัมผัสสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่มือสอง มลพิษทางอากาศในครัวเรือน และมลพิษจากการทำงาน ตลอดช่วงระยะเวลาของชีวิต นอกจากนี้ COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด สาเหตุสำคัญและหลายปัจจัยเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วยมีส่วนกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคและการกำเริบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วย COPD จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมในการควบคุมโรคและลดผลกระทบของอาการกำเริบที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ด้วยตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นคำที่นิยมใช้ในการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังด้วยตนเอง โดยตามกรอบแนวคิดของลอริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองจะครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรักษา เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น การใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และการจัดการกับอาการของโรค เช่น การควบคุมอาการหายใจลำบาก และการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น 2) ด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวัน เกี่ยวข้องกับความสามารถในบทบาทของตนเอง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ และฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} เป็นต้น และ 3) ด้านอารมณ์ เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในเรื่องความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยการจัดการอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายเพื่อลดอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ นอกจากนี้ GOLD (2024) ระบุว่า การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacological management) ในการรักษาโรค COPD ที่สำคัญที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดบซินสกี และคณะ (Debczynski et al., 2021) ที่ระบุว่า การจัดการตนเองควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและให้ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการวัดผลของพฤติกรรมจัดการตนเอง ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 4 - 12 สัปดาห์ ซึ่งก็พบว่าผู้ป่วย COPD



มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Sharma et al., 2024; Srikaew et al., 2023; Tonongpan, 2023) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD นั้นพบว่า ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Jaikum et al., 2020; Giang et al., 2016; Sheng et al., 2024) ในขณะที่การศึกษาของพรทิพย์ แก้วสิงห์ และคณะ (Kaewsing et al., 2024) พบว่า ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแลน และคณะ (Lan et al., 2021) และยังพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกด้วย นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเชิงพรรณนาของเจีย และเฉิน (Jia & Chen, 2024) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น COPD ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ 2) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ อาการเหนื่อยหอบ การมีโรคแทรกซ้อน และทัศนคติ 3) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ระบบสุขภาพ และทีมผู้ดูแล และ 4) ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างภายในและภายนอก ได้แก่ ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เหล่านี้ร่วมกับบริบทของชุมชนในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัด เนื่องจากระดับการศึกษาส่วนมากของประชากรอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า (Phayao Provincial Statistical Office, 2024) นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วย COPD 1,725 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัด และ โรคปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด ยังเป็นอันดับที่ 2 ของสาเหตุการตายสูงสุด (HDC, 2024) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติในการจัดการตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็นโรค และการมีโรคร่วม ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษาไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาการของโรคและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิด

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติในการจัดการตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็นโรค และการมีโรคร่วม (Jaikum et al., 2020; Giang et al., 2016; Sheng et al., 2024; Kaewsing et al., 2024; Lan et al., 2021; Jia & Chen, 2024) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ดังภาพที่ 1



ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. อาชีพ

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

1. การสูบบุหรี่
2. ระยะเวลาการเป็นโรค
3. การมีโรคร่วม

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรค
2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง
 - 2.1. ด้านการรักษา
 - 2.2. ด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน
 - 2.3. ด้านอารมณ์

พฤติกรรมในการจัดการตนเอง

1. ด้านการรักษา
2. ด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน
3. ด้านอารมณ์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งหมด 1,725 คน (HDC, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา โดยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ ด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (Medium effect size) ในการหาความสัมพันธ์เท่ากับ 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.9 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 92 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 112 คน แต่กลับพบว่าจำนวน 12 คน ที่ตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์และมีค่าผิดปกติ (outliers) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคงเหลือ 100 คน ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ความเสี่ยงสะสมเริ่มแสดงอาการชัดเจน (WHO, 2020) และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ และ 2) ผู้ที่มีภาวะเหนื่อยหอบที่ยังควบคุมอาการไม่ได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็นโรค และการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่ราบสูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Jaikum et al., 2020) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ คำถามด้านบวก 17 ข้อและด้านลบ 1 ข้อ โดยวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษาจำนวน 6 ข้อ ด้านบทบาทการดำรงในชีวิตประจำวันจำนวน 6 ข้อ และด้านอารมณ์จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1) ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเป็นประจำ (7 วัน/สัปดาห์) ถ้าเป็นคำถามด้านบวกได้ 5 คะแนนหรือเป็นคำถามด้านลบได้ 1 คะแนน 2) ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเป็นส่วนใหญ่หรือบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) ถ้าเป็นคำถามด้านบวกได้ 4 คะแนนหรือเป็นคำถามด้านลบได้ 4 คะแนน 3) ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) ถ้าเป็นคำถามด้านบวกหรือด้านลบได้ 3 คะแนน 4) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองส่วนน้อยหรือนานๆครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ถ้าเป็นคำถามด้านบวกได้ 2 คะแนนหรือเป็นคำถามด้านลบได้ 4 คะแนน และ 5) ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ถ้าเป็นคำถามด้านบวกได้ 1 คะแนนหรือเป็นคำถามด้านลบได้ 5 คะแนน จากการคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร ช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 3 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนด้วยการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Srisatidnarakul, 2010) ดังนี้ 1) 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ 2) 2.34 – 3.66 อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) 3.67 – 5.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่ราบสูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Jaikum et al., 2020) เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง ดังนี้ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 6 ข้อ และ 2) ความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 2.1) ด้านการรักษา จำนวน 6 ข้อ 2.2) ด้านบทบาทการดำรงในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ และ 2.3) ด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มี 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1) ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ 2) ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง โดยนำไปทดสอบกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient reliability) เท่ากับ 0.79 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 ส่วนแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson [KR - 20]) เท่ากับ 0.85 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.75-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการดำเนินรวบรวมข้อมูล ดังนี้



1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำปาทวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใส และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลดังกล่าว ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ยังพื้นที่ดังกล่าว เพื่อดำเนินการสอบถามผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบประเมินด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง โดยอ่านข้อความแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกคำตอบตามแบบประเมิน ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะอธิบายข้อความนั้นและอ่านซ้ำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เวลาที่ใช้การประเมินประมาณ 30 - 45 นาที ต่อ 1 ราย

6. หลังจากตอบแบบประเมินเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบของแบบประเมินแต่ละรายให้ละเอียดแล้วนำมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการวิจัย REC 028/66 ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2567 เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำปาทวย ตำบลท่าวังทอง ตำบลแม่ไร่ ตำบลแม่ใส และตำบลบ้านต๋อน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งมีการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะใช้นำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวม และทำลายใน 3 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสูบบุหรี่ และการมีโรคร่วม กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point-biserial correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation)

4. วิเคราะห์สัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่การเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยมีการทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยมีเกณฑ์



การแปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Bartz, 1999) ดังนี้ 1) ± 0.00 ถึง ± 0.20 อยู่ในระดับต่ำมาก 2) ± 0.21 ถึง ± 0.40 อยู่ในระดับต่ำ 3) ± 0.41 ถึง ± 0.60 อยู่ในระดับปานกลาง 4) ± 0.61 ถึง ± 0.80 อยู่ในระดับสูง และ 5) ± 0.81 ถึง ± 1.00 อยู่ในระดับสูงมาก

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.04, S.D.=0.46) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวันมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับสูง (Mean=4.43, S.D.=0.63) รองลงมาเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (Mean=4.28, S.D.=0.59) และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.45, S.D.=0.71) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา (n=100)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ช่วงคะแนนที่กำหนด	ช่วงคะแนนจริง	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการรักษา	1 - 5	1.67 - 5.00	3.45	0.71	ปานกลาง
ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน	1 - 5	2.50 - 5.00	4.43	0.63	สูง
ด้านอารมณ์	1 - 5	3.00 - 5.00	4.28	0.59	สูง
รวม	1 - 5	2.94 - 5.00	4.04	0.46	สูง

ระดับต่ำ (1.00 - 2.33), ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66), ระดับสูง (3.67 - 5.00)

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.52 (S.D.=8.60) ปี เกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.00 (65 คน) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.00 (64 คน) และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.00 (62 คน) ดังตารางที่ 2

ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.00 (73 คน) มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเป็นโรค 12.04 ปี และเกินครึ่งมีโรคร่วม ร้อยละ 60.00 (60 คน) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 51.67 (31 คน) ดังตารางที่ 3

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวม 17.28 (S.D.=2.17) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4.94 (S.D.=1.04) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน รองลงมาเป็นความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวันและความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านการรักษา 4.56 (S.D.=1.09) และ 4.24 (S.D.=0.97) ตามลำดับ และด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.54 (S.D.=1.36) ดังตารางที่ 4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.246$, $p<.05$) ในขณะที่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการ



ตนเองในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=+.084$, $p<.05$) ส่วนเพศและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสหสัมพันธ์	p-value
เพศ		$r_{pb}=-.069$	.496
ชาย	65 (65.00)		
หญิง	35 (35.00)		
อายุ (ปี), Min-Max=55-94, Mean =73.52 (S.D.=8.60)		$r=-.246$	.014*
ระดับการศึกษา		$r_{eta}=.084$	.038*
ไม่ได้ศึกษา	30 (30.00)		
ประถมศึกษา	64 (64.00)		
มัธยมศึกษา	2 (2.00)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4 (4.00)		
อาชีพ		$r_{eta}=.089$	.063
เกษตรกร	27 (27.00)		
รับจ้าง	7 (7.00)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2 (2.00)		
ข้าราชการบำนาญ	2 (2.00)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62 (62.00)		

* $p<.05$, r =Pearson correlation, r_{pb} =Point-biserial correlation, r_{eta} =Eta correlation

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n=100)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสหสัมพันธ์	p-value
การสูบบุหรี่		$r_{pb}=-.001$	.991
ไม่เคย	27 (27.00)		
เคย	73 (73.00)		
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี), Min-Max=0-40, Mean = 12.04 (S.D.=9.62)		$r=-.012$	.909
การมีโรคร่วม		$r_{pb}=.050$	.624
ไม่มี	40 (40.00)		
มี	60 (60.00)		
โรคความดันโลหิตสูง	31 (51.67)		
โรคเบาหวาน	9 (15.00)		
โรคไขข้อในเลือดสูง	26 (43.33)		
อื่น ๆ	24 (40.00)		

r =Pearson correlation, r_{pb} =Point-biserial correlation

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=+.239$; $p<.05$) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านการรักษา และความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่มีเพียงความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=+.228$; $p<.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองกับพฤติกรรมจัดการตนเอง (n=100)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง	Mean	S.D.	ค่าสหสัมพันธ์	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค (เต็ม 6 คะแนน)	3.54	1.36	.096	.342
2. ความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง				
2.1 ด้านการรักษา (เต็ม 6 คะแนน)	4.24	0.97	.102	.311
2.2 ด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวัน (เต็ม 6 คะแนน)	4.56	1.09	.048	.634
2.3 ด้านอารมณ์ (เต็ม 6 คะแนน)	4.94	1.04	.228	.022*
รวม (เต็ม 24 คะแนน)	17.28	2.17	.239	.017*

* $p<.05$, r =Pearson correlation

อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวันและด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และด้านการรักษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านบทบาทการดำรงชีวิตในประจำวันที่สามารถปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่โดยไม่ให้ความเจ็บป่วยมาเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (ควันบุหรี่ และฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5)) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค และด้านอารมณ์ที่สามารถจัดการกับความวิตกกังวล ความเครียด หรือความซึมเศร้าที่เกิดจากโรคได้ดี ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนจากสังคมที่ดีจากคนรอบข้าง แต่ด้านการรักษาอาจพบปัญหาเรื่องการเข้ายาพ่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การจัดการกับอาการของโรคในกรณีที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีความซับซ้อนของแผนการรักษา จึงทำให้ความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามลดลงเมื่อเทียบกับด้านอื่น ทั้งนี้การมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชรใจคำ และคณะ (Jaikum et al., 2020) ที่พบว่า ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean=4.31, S.D.=0.40) โดยพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับสูง 3.71 (S.D. = 0.70) 4.70 (S.D. = 0.40) และ 4.53 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ นอกจากนี้การศึกษาของ สุพัตรา ใจแก้วและคณะ (Jaikaew et al., 2022) ก็พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับดี (Mean=61.99) และการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสิงห์ และคณะ (Kaewsing et al., 2024) ก็พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ใน ระดับสูงเช่นกัน (Mean=2.54, S.D.=0.53) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง/ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในระดับต่ำ แต่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำมาก ส่วนปัจจัย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การจัดการตนเองในระดับต่ำ โดยเมื่อพิจารณารายด้านมีเพียงความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ นั่นคือ ผู้ป่วยยังมีอายุมากขึ้น พฤติกรรมการจัดการตนเองแย่ลง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.52 ปี (S.D.=8.60) ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ที่มีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหนื่อยง่าย และสายตาวพร่ามัว เป็น ต้น การทำงานของสมองช้าลง และความเหนื่อยล้าจากโรคเรื้อรังด้วยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 12.04 ปี จึงทำ ให้การทำกิจกรรมการจัดการตนเองทำได้ยากมากขึ้น จนขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ตามแผนการรักษา และท้ายที่สุดส่งผลให้เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ซึ่งเป็นหนึ่งในทฤษฎี ของโอเร็มในการปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ (Orem et al., 2001) อย่างไรก็ตามการศึกษาของพรรณภัทร สีนธูป และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (Sinthupaeng & Nawsuwan, 2021) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ และระยะเวลาการเป็นโรคต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการศึกษาของสาธิต สุทธิวิริวรรณ และคณะ (Sutthiviriwan et al., 2024) พบว่าอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกต ัดไปได้มากที่สุด ($\beta=.375$, $p<.001$) โดยอายุเป็นนตัวแปรที่สะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และวุฒิภาวะของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำมาก นั่นคือ ผู้ป่วย ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะการเรียนรู้ การคิดอย่างเป็นระบบ และการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ดีกว่า ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ประเมินอาการเหนื่อย ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อโรคได้ อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสาธิต สุทธิวิริวรรณ และคณะ (Sutthiviriwan et al., 2024) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ระดับปานกลาง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกตัดไปมีความรู้ที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการอยู่ใน ระดับดีเช่นกัน ทั้งนี้การศึกษาหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการจัดการและรักษาโรคปอดเรื้อรัง (GOLD, 2024) เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมกับการฝึกออกกำลังกายในการฟื้นฟูสมรรถนะปอด การใช้ยา และอุปกรณ์สุดท้ายที่ถูกต้อง กลยุทธ์การลดอาการเหนื่อยหอบ และการตัดสินใจเมื่อมีอาการกำเริบ เป็นต้น ความรู้ และทักษะดังกล่าวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษากับบุคลากร ทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ โดยเมื่อพิจารณารายด้านมีเพียงความรู้การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้มากจะช่วยให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ แสดงว่าความรู้ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทั้งหมด อาจจะต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง (Abedi et al., 2013) การสนับสนุนจากครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) (Jaikew et al., 2022) ที่ไม่เน้นการมีความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีทักษะในการปฏิบัติ วิเคราะห์และตัดสินใจด้วย ทั้งนี้เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.52 ปี (S.D.=8.60) ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 12.04 ปี (S.D.=9.62) ทำให้สมรรถภาพทางกายมีความล้าจากโรค เกิดความเหนื่อยเกินกว่าที่จะปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีความรู้ใหม่ ๆ เข้ามา แต่ก็ไม่สามารถเอาชนะข้อจำกัดของร่างกายได้ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความรู้ การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง นั่นหมายถึง ด้านอารมณ์เป็นปัจจัยเอื้อของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากหากมีสภาพจิตใจที่มั่นคงจะช่วยลดอุปสรรคของอาการเหนื่อยหอบ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางร่างกายตามวัยก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโกลแมน (Goleman, 2009) กล่าวว่าความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) เป็นสมรรถนะในการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่จะจุดใจตนเอง และสมรรถนะที่จะจัดการกับความรู้สึกของตนเองและจัดการในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างดี โดยผู้ป่วยจะมีการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมด้วยการปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์หรือนักจิตวิทยาในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาของพวงเพชร ใจคำ และคณะ (Jaikum et al., 2020) เกียง และคณะ (Giang et al., 2016) และ เซง และคณะ (Sheng et al., 2024) ยังพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ($r=+.292, p<.01$) ระดับปานกลาง ($r=+.45, p<.01$) และระดับปานกลาง ($r=+.47, p<.001$) ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานำไปใช้ในเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเข้ากับแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการควบคุมสถานะของโรค เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว
2. ควรจะประคับประคองภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย เนื่องจากระดับความมั่นคงทางอารมณ์ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการจัดการตนเอง
3. ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรจัดโปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้จากความเสื่อมตามวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ เพื่อหาสาเหตุหรืออุปสรรคที่แท้จริงที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรเชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

- Abedi, H., Salimi, S.J., Feizi, A., & Safari, S. (2013). Effect of self-efficacy enhancement program on self-care behaviors in chronic obstructive pulmonary disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(5), 421-424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24403947/>
- Bartz, A.E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. 4th ed. Prentice Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Debczynski, M., Guziejko, K., & Mróz, R.M. (2021). Self-Management and integrated pulmonary care as an essential part of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 89(3), 291-298. <https://doi.org/10.5603/arm.a2021.0057>
- Giang, L.T.T., Kangchai, W., & Sumngern, C. (2016). Factors related to self-management behaviors of elderly patients with COPD in IN Hai Phong, Vietnam. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 32(2), 81-93. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/73746>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD (2024 Report)*. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/02/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV.pdf
- Goleman, D. (2009). *Working with Emotional Intelligence*. London: Bloomsbury Publishing Plc.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2024). *The mortality rate of chronic obstructive pulmonary disease*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95?subcatalogid=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
- Jaikeaw, S., Suwankruhasn, N., & Tamdee D. (2022). Health Literacy and Self-management Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 16(2), 48-59. <https://doi.org/10.14456/jbidi.2022.11> (in Thai)
- Jaikum, P., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2020). Factors Related to Self – Management Behaviors of Highlanders with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Journal Chiang Mai University*, 47(4), 143-154. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247933> (in Thai)
- Jia, W., & Chen, X. (2024). *Factors influencing self-management in older patient with COPD* [Bachelor's thesis, University of Gävle]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1862124/FULLTEXT01.pdf>
- Kaewsing, P., Mongkoldit, V., Sangsai, Y., Boontiam, N., Boonjarus, P., & Kulprateepunya, K. (2024). Factors associated with self-care behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Research*, 25(3), e272577. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/272577> (in Thai)



- Lan, X., Lu, X., Yi, B., Chen, X., & Jin, S. (2021). Factors associated with self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(1), e12450. <https://doi.org/10.1111/JJNS.12450>
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Phayao Provincial Statistical Office. (2025). *Phayao Provincial Statistical Report*. <https://phayao.nso.go.th/images/ebook/Phayao%20Provincial%20Statistical%20Report%202025.pdf>
- Sharma, K., Subba, H.K., Poudyal, S., & Adhikari, S. (2024). Effect of self-management intervention on patients with chronic obstructive pulmonary diseases, Chitwan, Nepal. *PLoS ONE*, 19(1), e0296091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296091>
- Sheng, X., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2023). Factors related to self-management behavior among persons with mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease in Wenzhou, China. *Frontiers of Nursing*, 10, 445 - 455. <https://www.semanticscholar.org/paper/Factors-related-to-self-management-behavior-among-Sheng-Samartkit/de6ff0773503cc29db794900c63575485f118514>
- Srikaew, S., Sanyabut, C., Juansang, P., & Vibulchai, N. (2023). Effects of Self-management Support Program on Self-management Behaviors and Dyspnea Among Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(2), 100–115. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/261328> (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in nursing research (5th ed.)*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Sutthiviriwan, S., Apiratanawong, S., & Songthai, N. (2024). Factors predictors self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in next normal. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(2), 200–218. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/265956> (in Thai)
- Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2022). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease B.E.2565*. Parbpim Company Ltd. <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02/แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น%E2%80%8B.pdf>
- Tonongpan, T. (2023). Effects of a Self-management Support Program in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Kamalasai Hospital, Kalasin Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(1), 6–16. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/152> (in Thai)



- World Health Organization. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- World Health Organization. (2020). *WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease intervention for primary health care*. Geneva.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b9f09202-a320-4c07-ba2c-afe0d1186339/content>



Factors Associated with Health Status and Health Behaviors among Staff and Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

Naiyana Intichoti*, Wiphawan Nualthong^{1*}

(Received: January 23, 2026, Revised: April 17, 2026, Accepted: June 22, 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health status, health behaviors, and factors associated with health status and health behaviors among staff and nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. The study included the total population of 609 participants, comprising 48 instructors, 55 support staff, and 506 nursing students. Data were collected using online questionnaires from April to June 2025. The questionnaire included demographic characteristics, health status, and health behaviors based on the 3A-2S principles. Instrument quality was verified using an Index of Item-Objective Congruence ranging from 0.67 to 1.00, and Cronbach's alpha coefficients ranged from .79 to .84. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the mean body mass index (BMI) was 22.4 kg/m². Approximately 34.2% of participants were overweight or obese, and 25.1% were at risk for chronic diseases based on waist circumference criteria. Overall health behaviors were at a good level; however, physical activity behavior required improvement. Staff had significantly higher BMI and waist circumference than nursing students ($p < .001$). Staff demonstrated significantly better dietary and emotional management behaviors, whereas students demonstrated better physical activity behavior ($p < .01$). Age, income, income adequacy, chronic diseases, and annual health checkups were significantly associated with health status and health behaviors. Tailored health promotion programs should be developed for specific groups.

Keywords: Body Mass Index; Health Behaviors; Health Status; Nursing Personnel; Nursing Students

*Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: wiphawan@unc.ac.th



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

นัยนา อินธิโชติ*, วิภาวรรณ นวลทอง^{1*}

(วันรับบทความ: 23 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 17 เมษายน 2569, วันตอบรับบทความ: 22 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ กลุ่มศึกษาเป็นประชากรทั้งหมด 609 คน ประกอบด้วย อาจารย์ 48 คน บุคลากรสายสนับสนุน 55 คน และนักศึกษาพยาบาล 506 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และแบบสอบถามภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา independent t-test one-way ANOVA ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.4 kg/m² โดยร้อยละ 34.2 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และร้อยละ 25.1 โดยบุคลากรมีดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวสูงกว่านักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่กลับพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และบุคลากรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการอารมณ์ดีกว่านักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่อย่างไรก็ตามพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนั้นยังพบว่าอายุ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ดังนั้นควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย; พฤติกรรมสุขภาพ; ภาวะสุขภาพ; บุคลากรพยาบาล; นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: wiphawan@unc.ac.th



บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่าโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566) รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของคนไทยคิดเป็นร้อยละ 75 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ผ่านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) จึงได้กำหนดแนวทางพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์ที่ดี การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นกรอบการประเมินและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างแพร่หลายทั้งในระดับชุมชนและสถาบันการศึกษา

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรพยาบาลได้รับความสนใจอย่างมาก เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการและชุมชน อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพมักประสบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน และการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Bousgheiri et al., 2024; Zeng et al., 2021) การศึกษาของ Zeng และคณะ (2021) ในประเทศจีนพบว่าพยาบาลคลินิกมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง โดยอายุ รายได้ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Wazna และคณะ (2025) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมประชากรและลักษณะงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาล โดยเฉพาะพฤติกรรมออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

นักศึกษาพยาบาลเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพ การศึกษาของ Evans และคณะ (2021) พบว่าภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเมื่อเข้าสู่ชั้นปีที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาระการเรียนและความเครียดจากการฝึกปฏิบัติงานคลินิก Bartosiewicz และคณะ (2023) พบว่าการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในนักศึกษาพยาบาล โดยได้รับอิทธิพลจากภาระการเรียน ความเครียด และการขาดเวลา แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสุขภาพและนักศึกษาพยาบาลในบริบทต่างประเทศอย่างกว้างขวาง แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำผลมาประยุกต์ใช้ในบริบทไทย เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบสุขภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงาน นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคลากรหรือนักศึกษาแยกกัน ยังขาดการศึกษาที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มในสถาบันเดียวกัน พร้อมกัน โดยใช้กรอบ 3อ.2ส. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เป็นสถาบันผลิตพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศ บุคลากรและนักศึกษาพยาบาลจึงมีบทบาทสองเท่า คือ การเป็นผู้ให้บริการสุขภาพและการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้แก่ชุมชน อย่างไรก็ตาม วิทยาลัยยังขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของทั้งสองกลุ่ม ส่งผลให้การวางแผนพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

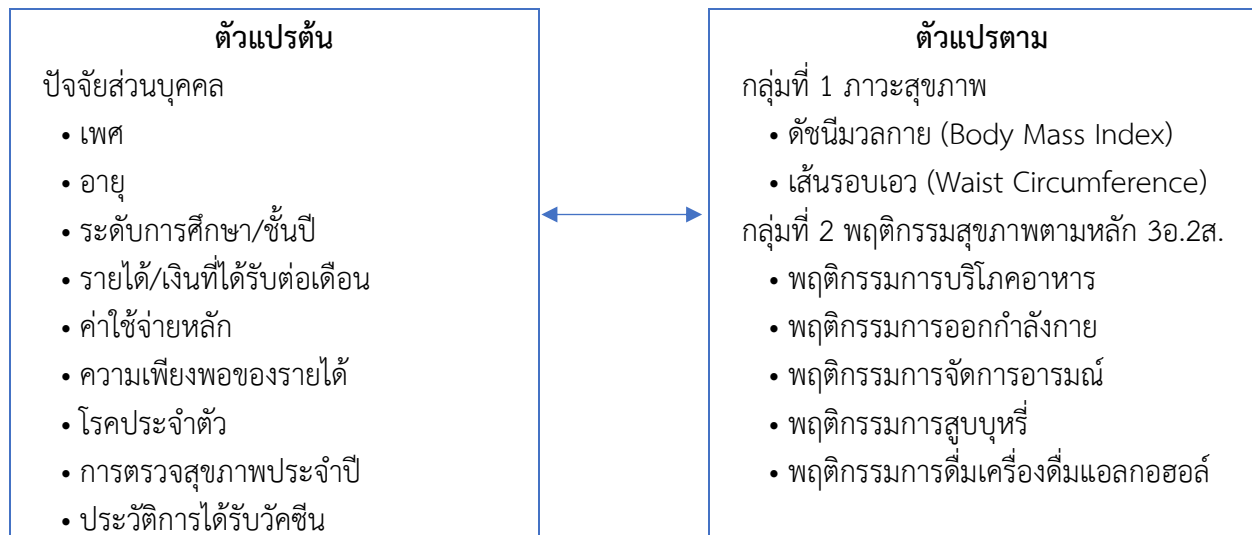
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์



กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการแนวทางพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาความสัมพันธ์ (association) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในฐานะตัวแปรต้น กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในฐานะตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ ในปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งสิ้น 609 คน ประกอบด้วย อาจารย์ 48 คน บุคลากรสายสนับสนุน 55 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 506 คน การวิจัยใช้วิธีสำรวจแบบเต็มกลุ่ม (Census survey) เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กและสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรหรือนักศึกษาที่ปฏิบัติงาน/ศึกษาอยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยและใช้งานระบบออนไลน์ได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ บุคลากรหรือนักศึกษาที่ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูลเนื่องจากลาป่วย ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อ และผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนเกินร้อยละ 10

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms พัฒนาจากแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) และทบทวนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Bartosiewicz et al., 2023; Kim & Oh, 2021; Ramón-Arbués et al., 2023) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และประวัติการได้รับวัคซีน ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว โดยให้วัดด้วยตนเองตามคู่มือที่กำหนด นำมาคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI = น้ำหนัก/ส่วนสูง²) และแปลผลตามเกณฑ์กรมอนามัย (2563) สำหรับเส้นรอบเอวใช้เกณฑ์ WHO (2008) สำหรับ



ประชากรเอเชีย คือ ชาย ≥ 90 ซม. และหญิง ≥ 80 ซม. ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3 ข้อ (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ 6 ข้อ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3 ข้อ (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ข้อ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 108 คะแนน โดยแปลผลแต่ละด้านตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง พอใช้ ดี และดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการตรวจสอบพบค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 30 คน พบค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เท่ากับ .82, .79 และ .84 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์รายงานค่า inter-item correlation อยู่ระหว่าง .61–.74 และ .63–.78 ตามลำดับ ซึ่งทุกด้านผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Nunnally และ Bernstein (1994)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เผยแพร่แบบสอบถามผ่านกลุ่ม LINE ของบุคลากรและนักศึกษาแต่ละชั้นปี ระบบอีเมลสถาบัน และเว็บไซต์ของวิทยาลัย โดยชี้แจงให้ชัดเจนว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียนหรือสถานภาพการทำงาน มีการส่งข้อความเตือนความจำทุก 2 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาเก็บข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ โดยอัตราการตอบกลับจากกลุ่ม LINE ร้อยละ 72.4 ระบบอีเมล ร้อยละ 18.6 และเว็บไซต์ร้อยละ 9.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ COA No.002/2568 BCNUT No.002/2568 วันที่รับรอง 9 มกราคม 2568 วันที่หมดอายุ 9 มกราคม 2569 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยตรวจสอบการกระจายปกติด้วย Shapiro-Wilk test และความเท่ากันของความแปรปรวนด้วย Levene's test ก่อนเลือกสถิติที่เหมาะสม สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร สำหรับสถิติอนุมานใช้ Independent t-test และ One-way ANOVA สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่ม Chi-square test และ Fisher's exact test สำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม Point-biserial correlation สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนามบัญญัติกับตัวแปรต่อเนื่อง และ Pearson's correlation coefficient สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง รวมทั้งรายงานขนาดอิทธิพล Cohen's d เพื่อแสดงนัยสำคัญเชิงปฏิบัติควบคู่กับนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 609 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100 โดยแบบสอบถามทุกฉบับมีความสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.1) มีอายุเฉลี่ย 21.5 ปี (S.D. = 4.8, Min–Max = 18–58) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 18–20 ปี (ร้อยละ 48.9) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาพยาบาล (ร้อยละ 83.1) และเป็นบุคลากร (ร้อยละ 16.9) ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001–6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.2) และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 48.9) ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.7) และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 51.2) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร (N = 609)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	6.9
หญิง	567	93.1
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (S.D.) = 21.5 (4.8), Min–Max = 18–58		
18–20	298	48.9
21–30	215	35.3
31–40	52	8.5
> 40	44	7.2
สถานภาพ		
บุคลากร (อาจารย์ 48, เจ้าหน้าที่ 55)	103	16.9
นักศึกษาพยาบาล (ชั้นปีที่ 1–4)	506	83.1
รายได้ต่อเดือน (บาท) ค่าเฉลี่ย (S.D.) = 8,245 (10,523)		
≤ 3,000	168	27.6
3,001–6,000	245	40.2
6,001–10,000	89	14.6
> 10,000	107	17.6
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	123	20.2
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	298	48.9
ไม่เพียงพอ	152	25.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	36	5.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	534	87.7
มี	75	12.3
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	119	19.5
ตรวจเป็นครั้งคราว	312	51.2
ตรวจสม่ำเสมอทุกปี	178	29.2

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของประชากร

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายปกติพบว่าตัวแปร BMI ($W = .987, p = .062$) และเส้นรอบเอว ($W = .983, p = .051$) มีการกระจายใกล้เคียงปกติ และความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) จึงใช้สถิติพารามตริกในการวิเคราะห์ทั้งหมด

ประชากรมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.4 kg/m^2 (S.D. = 4.2) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์กรมอนามัย พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 20.2) น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 14.6) โรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 11.2) และโรคอ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 2.8) รวมสัดส่วนที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งสิ้น ร้อยละ 34.2 สำหรับเส้นรอบเอวพบว่าร้อยละ 25.1 มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าบุคลากรมีค่า BMI และเส้นรอบเอวสูงกว่านักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพตามดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากร (N = 609)

ตัวชี้วัด	ทั้งหมด (N=609) Mean (S.D.)	บุคลากร (n=103) Mean (S.D.)	นักศึกษา (n=506) Mean (S.D.)	t	p-value
น้ำหนัก (กก.)	58.7 (12.8)	64.5 (14.2)	57.5 (12.1)	4.89	< .001
ส่วนสูง (ซม.)	161.5 (7.2)	160.8 (7.8)	161.7 (7.1)	-1.12	.264
BMI (kg/m^2)	22.4 (4.2)	24.8 (4.6)	21.9 (3.9)	6.23	< .001
เส้นรอบเอว (ซม.)	75.6 (10.8)	82.3 (12.5)	74.2 (9.8)	6.87	< .001

ระดับ BMI	ทั้งหมด n (%)	บุคลากร n (%)	นักศึกษา n (%)	X ²	p-value
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	89 (14.6)	8 (7.8)	81 (16.0)	28.45	< .001
น้ำหนักปกติ (18.5–22.9)	312 (51.2)	51 (49.5)	261 (51.6)		
น้ำหนักเกิน (23.0–24.9)	123 (20.2)	22 (21.4)	101 (20.0)		
โรคอ้วนระดับ 1 (25.0–29.9)	68 (11.2)	17 (16.5)	51 (10.1)		
โรคอ้วนระดับ 2 (≥ 30.0)	17 (2.8)	5 (4.9)	12 (2.4)		
ความเสี่ยงจากเส้นรอบเอว					
ไม่เสี่ยง	456 (74.9)	56 (54.4)	400 (79.1)	35.67	< .001
เสี่ยง+	153 (25.1)	47 (45.6)	106 (20.9)		

หมายเหตุ: +เสี่ยง = ชาย $\geq 90 \text{ cm}$ หรือ หญิง $\geq 80 \text{ cm}$; Cohen's d: BMI = 0.67, เส้นรอบเอว = 0.74

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ประชากรมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวมเฉลี่ย 82.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 108 คะแนน (ร้อยละ 76.3) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับดี พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง โดยมีเพียงร้อยละ 22.3 ที่ออกกำลังกายตามเกณฑ์ที่แนะนำ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างบุคลากรและนักศึกษา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ด้าน ได้แก่ บุคลากรมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการอารมณ์สูงกว่านักศึกษา ในขณะที่นักศึกษามีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าบุคลากร แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะยังอยู่ในระดับควรปรับปรุง ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการเปรียบเทียบระหว่างบุคลากรและนักศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ทั้งหมด Mean (S.D.)	ระดับ	บุคลากร (n=103) Mean (S.D.)	นักศึกษา (n=506) Mean (S.D.)	t	p-value	Cohen's d
การบริโภคอาหาร	40	26.8 (5.2)	พอใช้	28.2 (5.6)	26.5 (5.1)	2.87	.004	0.32
การออกกำลังกาย	11	6.4 (2.1)	ควรปรับปรุง	5.8 (2.3)	6.6 (2.0)	-3.21	.001	0.37
การจัดการอารมณ์	30	21.5 (4.8)	ดี	22.8 (4.5)	21.2 (4.9)	2.94	.003	0.34
การสูบบุหรี่	12	11.2 (1.8)	ดีมาก	11.1 (2.0)	11.2 (1.7)	-0.52	.603	0.06
การดื่มแอลกอฮอล์	15	13.5 (2.3)	ดีมาก	13.3 (2.5)	13.6 (2.2)	-1.15	.251	0.13
รวมทั้งหมด	108	82.4 (12.6)	ดี	83.2 (13.1)	82.2 (12.5)	0.71	.478	0.08

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย พบว่าอาจารย์มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าเจ้าหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.14, p = .034, \text{Cohen's } d = 0.30$) สำหรับนักศึกษาพบว่าชั้นปีที่ 1 มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงสุด ($\text{Mean} = 7.2, \text{S.D.} = 1.9$) และมีแนวโน้มลดลงตามชั้นปีที่สูงขึ้น โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคะแนนสูงกว่าชั้นปีที่ 3 ($p = .041$) และชั้นปีที่ 4 ($p = .008$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.23, p = .006$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับ BMI ($r = .312, p < .001$) และเส้นรอบเอว ($r = .328, p < .001$) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ BMI ($r = .245, p < .001$) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ BMI และเส้นรอบเอวที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($r_{pb} = .274$ และ $.261$ ตามลำดับ, $p < .001$) และการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับ BMI และเส้นรอบเอว ($F = 8.45$ และ 7.23 ตามลำดับ, $p < .001$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .198, p < .001$) และการจัดการอารมณ์ ($r = .215, p < .001$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.156, p < .001$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($F = 12.34, p < .001$) และการจัดการอารมณ์ ($F = 18.56, p < .001$) โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บมีคะแนนสูงที่สุดในทั้งสองด้าน และการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ($p < .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

ปัจจัย	BMI สถิติทดสอบ	p-value	เส้นรอบเอว สถิติทดสอบ	p-value
อายุ	$r = .312$	$< .001$	$r = .328$	$< .001$
เพศ	$r_{pb} = .049$	.219	$r_{pb} = .081$	.048
สถานภาพ	$t = 6.23$	$< .001$	$t = 6.87$	$< .001$
รายได้ต่อเดือน	$r = .245$	$< .001$	$r = .231$	$< .001$
ความเพียงพอของรายได้	$F = 5.23$	.001	$F = 4.87$	.002
โรคประจำตัว	$r_{pb} = .274$	$< .001$	$r_{pb} = .261$	$< .001$
การตรวจสุขภาพ	$F = 8.45$	$< .001$	$F = 7.23$	$< .001$
BMI	—	—	$r = .812$	$< .001$

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการอารมณ์	การสูบบุหรี่	การดื่มแอลกอฮอล์
อายุ	$r = .198^{***}$	$r = -.156^{***}$	$r = .215^{***}$	$r = .089^*$	$r = .067$ ($p=.098$)
เพศ	$p = .412$	$r_{pb} = .112^{**}$	$p = .634$	$p = .042^*$	$p = .187$
สถานภาพ	$t; p = .004^{**}$	$t; p = .001^{**}$	$t; p = .003^{**}$	$p = .603$	$p = .251$
รายได้ต่อเดือน	$r = .167^{***}$	$p = .569$	$r = .145^{**}$	$p = .398$	$p = .198$
ความเพียงพอของรายได้	$F = 12.34^{***}$	$p = .089$	$F = 18.56^{***}$	$p = .298$	$p = .063$
โรคประจำตัว	$p = .312$	$r_{pb}; p = .032^*$	$p = .032^*$	$p = .156$	$p = .287$
การตรวจสุขภาพ	$F = 4.56^*$	$F = 3.21^*$	$F = 6.78^{**}$	$p = .154$	$p = .121$
BMI	$r = .089^*$	$r = -.189^{***}$	$p = .099$	$p = .267$	$p = .349$

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของประชากร

การศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.4 kg/m^2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบสัดส่วนที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนถึงร้อยละ 34.2 และมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังจากเส้นรอบเอวร้อยละ 25.1 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Bartosiewicz และคณะ (2023) ที่พบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาพยาบาลในสัดส่วนที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย ปัจจัยที่น่าจะมีส่วนสนับสนุนในบริบทของวิทยาลัย ได้แก่ ข้อจำกัดด้านรายได้ที่ทำให้มีแนวโน้มบริโภคอาหารราคาถูกแต่มีพลังงานสูง ประกอบกับภาระการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานคลินิกที่ทำให้เวลาจำกัดในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ Tesfaye และคณะ (2024) และ Sirois และ Biskas (2024) ยังพบว่าบุคลากรสุขภาพที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มขาดการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าบุคลากรมี

ค่า BMI และเส้นรอบเอวสูงกว่านักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.67$ และ 0.74 ตามลำดับ) ผลนี้สอดคล้องกับ Zeng และคณะ (2021) และ Ważna และคณะ (2025) ที่พบว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุที่ทำให้อัตราการเผาผลาญพื้นฐานลดลง ลักษณะงานที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่านักศึกษา และภาระงานที่หลากหลายทำให้มีเวลาออกกำลังกายน้อยลง นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ BMI และเส้นรอบเอวที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความสัมพันธ์แบบวนเวียน (Bidirectional relationship) ระหว่างภาวะน้ำหนักเกินกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมสุขภาพของประชากร

การศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 93.3 และ 90.0 ของคะแนนเต็มตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าประชากรส่วนใหญ่ตระหนักและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงสำคัญเหล่านี้ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับ Ramón-Arbués และคณะ (2023) ที่พบว่าความรู้ทางด้านสุขศาสตร์มีส่วนช่วยในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 58.2 ของคะแนนเต็ม) โดยมีเพียงร้อยละ 22.3 ที่ออกกำลังกายตามเกณฑ์ที่แนะนำ ผลนี้สอดคล้องกับ Gurusamy และคณะ (2022) และ Chao และคณะ (2023) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดย Koa และคณะ (2024) ชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การขาดเวลา ภาระการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานคลินิก และความเหนื่อยล้าสะสม ซึ่งพบชัดเจนในนักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ที่มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างบุคลากรและนักศึกษา พบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการอารมณ์ดีกว่านักศึกษา (Cohen's $d = 0.32$ และ 0.34 ตามลำดับ) ซึ่งอาจอธิบายได้จากเสถียรภาพทางการเงินที่ดีกว่าและประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานกว่า สอดคล้องกับ Zeng และคณะ (2021) ที่พบว่าอายุและประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ในทางกลับกัน นักศึกษามีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าบุคลากร (Cohen's $d = 0.37$) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพลังงานและสมรรถภาพร่างกายที่สูงกว่าในวัยหนุ่มสาว รวมถึงโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาของสถาบันได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับ Evans และคณะ (2021)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ BMI เส้นรอบเอว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการจัดการอารมณ์ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ Ważna และคณะ (2025) และ Ramón-Arbués และคณะ (2023) ความสัมพันธ์ในทิศทางที่แตกต่างกันนี้อธิบายได้ว่า ความเป็นผู้ใหญ่ที่เพิ่มขึ้นตามอายุส่งผลให้มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจเรื่องอาหารและการจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและภาระงานที่เพิ่มขึ้นทำให้มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายน้อยลง รายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการอารมณ์ สอดคล้องกับ Zeng และคณะ (2021) และ Bousgheiri และคณะ (2024) ในบริบทของประชากรที่ศึกษาซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้จำกัด ข้อจำกัดทางการเงินส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และก่อให้เกิดความเครียดทางการเงินที่บั่นทอนความสามารถในการจัดการอารมณ์ โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ต่ำที่สุด (18.2 คะแนน) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (23.8 คะแนน) สะท้อนความสำคัญของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลไทย การศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นความขัดแย้ง (Paradox) ระหว่างความรู้และการปฏิบัติในกลุ่มบุคลากรสุขภาพและนักศึกษาพยาบาล แม้จะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่กลับมีปัญหาในการนำ



ความรู้ไปปฏิบัติ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ Ramot และคณะ (2024) และ Sirois และ Biskas (2024) ที่พบช่องว่างระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรมจริง (Intention-behavior gap) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงที่มุ่งเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม สร้างระบบสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาทักษะการจัดการเวลาอย่างเป็นรูปธรรม ดังที่ Martin และคณะ (2022) และ Ahlstrand และคณะ (2022) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากสถาบันและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ดังนี้

ประการแรก การวัดน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอวเป็นการรายงานตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจเกิด Self-report bias โดยผู้ตอบแบบสอบถามบางรายอาจรายงานค่าที่ต่างจากความเป็นจริง แม้ว่าผู้วิจัยจะได้จัดทำคู่มือการวัดที่ชัดเจน แต่ความคลาดเคลื่อนจากการวัดด้วยตนเองยังคงเป็นข้อจำกัดที่สำคัญ

ประการที่สอง รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาครั้งนี้นำเสนอเพียงความสัมพันธ์ (Association) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้น

ประการที่สาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในสถาบันเดียว ซึ่งจำกัดการนำผลไปใช้ (Generalization) กับวิทยาลัยพยาบาลอื่นหรือสถานศึกษาพยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน แม้ว่าการใช้วิธีสำรวจแบบเต็มกลุ่มจะช่วยให้เพิ่มความแม่นยำภายในสถาบัน

ประการที่สี่ ยังมีตัวแปรสำคัญที่ไม่ได้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (e-health literacy) ซึ่งควรนำมาพิจารณาในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นด้านที่อ่อนแอที่สุด (ร้อยละ 58.2 ของคะแนนเต็ม) และพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 มีคะแนนต่ำกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิทยาลัยควรจัดกิจกรรมทางกายที่ยืดหยุ่นและใช้เวลาสั้นๆ เช่น HIIT ในช่วงพักกลางวัน และจัดพื้นที่ออกกำลังกายที่เข้าถึงได้ง่าย

2. เนื่องจากความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($F = 12.34$, $p < .001$) และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ ($F = 18.56$, $p < .001$) และประชากรส่วนใหญ่มีรายได้จำกัด วิทยาลัยควรจัดอาหารเพื่อสุขภาพในราคาที่เข้าถึงได้ในโรงอาหาร และพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดและทักษะการจัดการเวลาสำหรับนักศึกษา

3. เนื่องจากบุคลากรมีสัดส่วนน้ำหนักเกินและความเสี่ยงจากเส้นรอบเอวสูงกว่านักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ BMI ที่สูงกว่า ($r_{pb} = .274$, $p < .001$) ควรจัดระบบตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการรายบุคคลสำหรับบุคลากรที่มี BMI ≥ 23.0 kg/m²

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากพบ Clustering ของพฤติกรรมสุขภาพและ Intention-behavior gap ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) และติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน



2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ ควรดำเนินการวิจัยติดตามระยะยาว (Cohort study) โดยติดตามนักศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 เพื่อระบุจุดเปลี่ยนสำคัญที่ควรแทรกแซง และควรศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในสถาบันเดียวและมีตัวแปรสำคัญที่ยังไม่ได้ศึกษา การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายการศึกษาไปยังวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงราย และเพิ่มตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) คุณภาพการนอนหลับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้ภาพรวมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาและบุคลากรพยาบาลอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

- Ahlstrand, I., Svedberg, P., Nyholm, M., & Johansson, U. B. (2022). Health-promoting factors among students in higher education: A qualitative study. *BMC Public Health*, 22, 13690. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13690-z>
- Bartosiewicz, A., Łuszczki, E., Nagórska, M., & Sroka, A. (2023). Lifestyle behaviors and associated factors among nursing students: A cross-sectional study. *Nutrients*, 15(6), 1312. <https://doi.org/10.3390/nu15061312>
- Bousgheiri, A., Wiernik, E., Lemogne, C., & Nabi, H. (2024). Health-related behaviors in healthcare workers and associated determinants: A cross-sectional study. *Diseases*, 12(5), 89. <https://doi.org/10.3390/diseases12050089>
- Chao, J., Wang, Y., Xu, H., Yu, Q., Jiang, L., Tian, L., & Zhu, J. (2023). Modifiable lifestyle factors and mental well-being among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23, 15760. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15760-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2024). *Guidelines for health education and health behavior operations, fiscal year 2024*. Department of Health Service Support. <https://hed.hss.moph.go.th/guideline/>
- Evans, J. M. M., Andreis, F., Cameron, D. M., & Eades, C. E. (2021). How does the self-reported health of undergraduate nursing students change during their degree programme? Survey results from a Scottish university. *BMC Nursing*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00563-w>
- Gurusamy, J., Muthuswamy, G., & Natarajan, J. (2022). Health-promoting behaviors among nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing*, 39, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.001>
- Kim, S., & Oh, J. (2021). The relationship between eHealth literacy and health-promoting behaviors in nursing students: A multiple mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5804. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115804>

- Koa, A. J. A. F., Chou, C.-C., Lindayani, L., & Wang, C.-J. (2024). Exploring barriers to physical activity participation among female nursing students adhering to specific social-cultural norms in Indonesia: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, 10(4), 438–447.
<https://doi.org/10.33546/bnj.3370>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Martin, A., Saunders, D. H., Shenkin, S. D., & Sproule, J. (2022). Lifestyle intervention to improve health in nursing students: A randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 38, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.008>
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2023). Health literacy and health-related behaviors in nursing students: An observational study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1053016.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1053016>
- Ramot, O., Noy, S., & Pirotta, M. (2024). Comparison of health behaviors of healthcare workers and the general public: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 268. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030268>
- Sirois, F. M., & Biskas, M. (2024). Procrastination and health in nurses: Investigating the roles of stress, health behaviours and social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), Article 898. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070898>
- Tesfaye, W., Mekonnen, A., Tadesse, Y., & Alemu, A. (2024). Poor sleep quality and associated factors among healthcare professionals at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1225518.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1225518>
- Ważna, A., Kózka, M., Brzyski, P., & Brzyska, M. (2025). Sociodemographic and occupational predictors of health behaviors among nurses: A cross-sectional study in Poland. *BMC Nursing*, 24, 3786. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03786-3>
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2008). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44583>
- Zeng, W., Shang, S., Fang, Q., Liu, M., Wu, Q., Zhang, H., & Li, L. (2021). Health-promoting lifestyle behaviors and associated predictors among clinical nurses in China: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20, 230. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00752-7>

Effects of a Self-Management Program Combined with Family Support on Self-Management Behaviors for Chronic Kidney Disease Progression Delay and Glomerular Filtration Rate Among Patient with Chronic Kidney Disease Stage 3, Hang Chat District, Lampang Province

Pongsri Uttaraje*, Khuandow Somwong*, Pikul Audthiya^{1**}

(Received: January 23, 2026, Revised: February 5, 2026, Accepted: April 7, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to compare self-management behaviors for slowing the progression of chronic kidney disease (CKD) and estimated glomerular filtration rate (eGFR) among patients with stage 3 CKD before and after participation in a 12-week self-management promotion program combined with family support. The sample consisted of 33 patients with stage 3 CKD attending the chronic disease clinic at Hang Chat Hospital, Lampang Province. Participants were selected using simple random sampling by lottery without replacement. Data were collected using a self-management behavior questionnaire designed for patients with stage 3 CKD. The instrument's content validity was established by a panel of experts, yielding a content validity index of 0.88, and its reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.82. Data analysis included descriptive statistics and paired-samples t-test.

The results revealed that the mean score of self-management behaviors for slowing CKD progression after participation in the program was significantly higher than before participation ($p < .05$). Although the post-intervention eGFR showed an increasing trend compared to the pre-intervention level, the difference was not statistically significant ($p > .05$). These findings suggest that the self-management promotion program combined with family support should be implemented to enhance patients' and families' knowledge, skills, and participation in decision-making. The program also encourages patients to consider appropriate self-care options and exercise autonomy in managing their condition within their own context. Such improvements in self-management behaviors may contribute to better renal function and improved quality of life among patients with stage 3 CKD.

Keywords: eGFR; Family Support; Patient with Chronic Kidney Disease Stage 3; Self-Management Program

* Hang Chat Hospital, Lampang Province

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

¹Corresponding author: pikul.a@bcnpy.ac.th



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ผ่องศรี อุตราช*, ขวัญดาว สมวงศ์*, พิกุล อุทธิยา^{1**}

(วันรับบทความ: 23 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 2569, วันตอบรับบทความ: 7 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังเข้า
ร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง
คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 33 คน สุ่มตัวอย่าง
แบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อ
ชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าดัชนี
ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired-Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าอัตราการกรองของ
ไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p > .05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มาสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ มีทักษะ มีส่วนร่วมในการคิด
ให้ทางเลือกในการปฏิบัติ และมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมี
พฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ส่งผลให้มีค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: อัตราการกรองของไต; การสนับสนุนจากครอบครัว; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3; โปรแกรมการจัดการ
ตนเอง

*โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ: pikul.a@bcnpy.ac.th



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่มีสถานการณ์ที่มีความรุนแรงเป็นปัญหาระดับโลก ความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกร้อยละ 850 ล้านคน ภายในปี 2583 คาดการณ์ว่าโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease [CKD]) เป็นสาเหตุการสูญเสียปีชีวิตสูงสุดอันดับที่ 5 ทั่วโลก (Francis et al., 2024) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย ทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 16,000 ล้านบาท (Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2024) โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตถูกทำลายและมีอัตราการกรองของไตลดลงติดต่อกันนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป การรักษาจึงเป็นการควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำ และการบำบัดด้วยยา 2) การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ 5 หรือเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะ ซึ่งส่งผลให้การทำงานของไตที่ลดลงอย่างรุนแรง จึงจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อลดการคั่งของของเสียและอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ (Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ให้เข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตจากระยะ 3 ไม่ให้ไปเป็น ไตเสื่อมระยะ 4 โดยการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังได้ (The Nephrology Society of Thailand and National Health Security Office, 2022) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารตามที่แนะนำได้ เป็นผลเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านโภชนาการ (Limluecha, 2019) ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคไตเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้นั้นจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรับผิดชอบต่องานในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค (Lorig & Holman, 2003) เป็นแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้ดีและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี (Duangklad et al., 2020) การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะต้องครอบคลุมการปฏิบัติใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) 2) การจัดการกับบทบาท (role management) และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) ซึ่งการจัดการตนเองให้ประสบความสำเร็จได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องอาศัยการฝึกทักษะที่ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การแก้ปัญหาด้วยตนเอง 2) การตัดสินใจด้วยตนเอง 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การลงมือปฏิบัติ 5) การปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) การสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมโดยการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังอำนาจรายบุคคล (Trisirichok, Uttarasart, & Kankarn, 2019) การให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยเน้นการบริโภคอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (Sawangha, Peawnalaw, & Srimaksook, 2025) ซึ่งมีผลลัพธ์ที่ดี คือ มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (Trisirichok et al., 2019) และมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Virojanakud, 2017) ดังนั้น การจัดการตนเองจึงเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีขึ้น และ

ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อระยะเวลาผ่านไปพฤติกรรมการจัดการตนเองอาจไม่มีความต่อเนื่องเพราะขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการช่วยเหลือ การเอาใจใส่ และคอยกระตุ้นเตือนจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี (Wungrath et al., 2017)

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง (Boonprasit, Somanusorn, & Sumngern, 2016) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความเคารพส่วนบุคคล การรับฟัง การแสดงความห่วงใย และเห็นอก เห็นใจ 2) ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) คือ การให้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ เพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ข้อมูลที่จะช่วยจัดการปัญหาทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้ และ 4) ด้านทรัพยากร (Instrumental support) การช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคได้ดีขึ้น และสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ (Virojanakud, 2017) และการสนับสนุนทางสังคมโดยทีม สหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และมีผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น (Trisirichok et al., 2019)

โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2565-2567 พบร้อยละ 39.41, 39.57 และ 40.32 ตามลำดับ ซึ่งจากการให้บริการและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคไตไม่ได้ควบคุมการบริโภคอาหารร้อยละ 96.50 อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตยังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 66.45 ได้แก่ การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง หยุดรับประทานยาและปรับขนาดยาเอง และมีการใช้ยาสมุนไพรบางชนิด ร้อยละ 10.00 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 75.86 เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคไตไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ส่งผลให้การทำงานของไตเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ไตวายในระยะสุดท้าย ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมไตเสื่อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเพียงการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว หรืออาจมีการใช้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมแต่ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 3 โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่ครอบคลุมด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการคิดให้ทางเลือกในการปฏิบัติ และมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองร่วมกับให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีเพื่อชะลอไตเสื่อม และมีค่าอัตราการกรองของและค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้าย



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติในการดูแลตนเองใน 3 ด้าน คือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ โดยผ่านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งมีทั้งหมด 6 ทักษะ ดังนี้ 1) การแก้ปัญหาด้วยตนเอง 2) การตัดสินใจด้วยตนเอง 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การลงมือปฏิบัติ 5) การปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) การสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) จากครอบครัว โดยให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร โดยผ่านกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง การฝึกทักษะในเรื่องต่าง ๆ เช่น การประกอบหรือการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและเหมาะสมกับโรค การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิดให้ทางเลือกในการปฏิบัติ มีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มีการติดตามเยี่ยมโดยใช้โทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา คอยให้กำลังใจ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ดีขึ้น นอกจากนั้นยังส่งผลให้ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ และส่งเสริมการลงมือปฏิบัติทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามชุมชนวิถีเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติทักษะการใช้ยา การแนะนำการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ แหล่งสิทธิประโยชน์ร่วมกับการฝึกทักษะการติดสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ทักษะการออกกำลังกาย และทักษะการจัดการกับอารมณ์

สัปดาห์ที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการความเครียด และเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวในการเตรียมความพร้อมในบทบาทการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร

สัปดาห์ที่ 7, 9 และ 11 ติดตามการลงมือปฏิบัติโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน

สัปดาห์ที่ 12 ติดตามการปรับปรุงการปฏิบัติที่ผ่านมาโดยการเล่าประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียน หลังจากนั้นสรุปและประเมินผลโปรแกรม

- พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
- ด้านการรักษา
- ด้านบทบาท
- ด้านอารมณ์
- ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3 และมีผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหางฉัตร ในระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวนทั้งหมด 241 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดให้มีความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .50 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี (Singcha, 2023) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 35 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยนำหมายเลขทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล



ทางฉัตรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้มาใส่กล่องเพื่อทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนได้ผู้สูงอายุครบ 35 คน อย่างไรก็ตามกลับพบว่าในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมนี้นจนครบระยะจำนวน 12 สัปดาห์ เนื่องจากย้ายที่อยู่อาศัยจึงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ต่อเนื่อง ทำให้คงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 33 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุระหว่าง 35-75 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร 3) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยัง ไม่ได้รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ 5) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง 6) มีผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน และ 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล เช่น พบการทำงานของไตเสื่อมลงหรือเปลี่ยนระยะความรุนแรงของโรคจนต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) จากครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง การฝึกทักษะในเรื่องต่าง ๆ เช่น การประกอบหรือการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและเหมาะสมกับโรค การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ครอบครัวมีการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคิดให้ทางเลือกในการปฏิบัติ และมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองโดยเป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยเป็นกลุ่มตัวอย่าง 5 คนและกลุ่มผู้ดูแล 5 คน รวมทั้งหมดเป็นกลุ่มละ 10 คน ระยะเวลาที่ใช้จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง และมีการติดตามเยี่ยมโดยใช้โทรศัพท์จำนวน 3 ครั้งโดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที เพื่อให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและคอยให้กำลังใจ จำนวนทั้งหมด 12 สัปดาห์

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้และความพอเพียงของ รายได้ ระดับอัตราการกรองของไต โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาที่ได้รับ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) แบบสอบถามการจัดการตนเองในด้านการรักษา จำนวน 13 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท จำนวน 13 ข้อ และ 3) แบบสอบถามการจัดการตนเองด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือมากกว่า 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4 ปฏิบัติบ่อยครั้งหมายถึงปฏิบัติ 4-5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 2-3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1

4. เครื่องตรวจวัดระดับ eGFR ของทางโรงพยาบาลทางฉัตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์



พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยนำความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเมืองปาน จำนวน 15 ราย และไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82

3.เครื่องตรวจวัดระดับ eGFR ของทางโรงพยาบาลห้างฉัตรซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ของบริษัททุก 6 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ระยะก่อนทดลอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตรเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก ทำการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผู้ช่วยวิจัยบันทึกค่าอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่าง

2.ระยะการทดลอง ดำเนินการใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร โดยการฝึกทักษะที่ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ 1) การแก้ปัญหาด้วยตนเอง 2) การตัดสินใจด้วยตนเอง 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การลงมือปฏิบัติ 5) การปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) การสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเกิดความผ่อนคลาย สร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตและโรคเรื้อรัง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ยาอันตรายและยาสมุนไพรที่อันตรายกับไต อาหารที่เหมาะสมกับโรคไต การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ผ่านสื่อ Power point และสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไต

- ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลแบ่งกลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองถึงสาเหตุของการเกิดไตเสื่อม การแลกเปลี่ยนในภายในกลุ่ม และตั้งเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่ม

- ทบทวนและสรุปถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และมอบคู่มือความรู้การชะลอไตเสื่อมและป้องกันโรคไตเรื้อรังสำหรับประชาชน (Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2025)

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารตามชุมชนวิถีเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



- ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนและเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านโภชนาการที่ผ่านมา

- ฝึกทักษะเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามชุมชนวิถี และฝึกการคำนวณพลังงานจากอาหาร การเลือกอาหาร การจัดรายการอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยใช้โมเดลอาหาร หลังจากนั้นนำอาหารที่ซื้อจากตลาดและอาหารเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต แล้วใช้เครื่องตรวจวัดความเค็มตรวจวัดค่าความเค็มในอาหารแล้วให้กลุ่มตัวอย่างชิมอาหารที่ค่าความเค็มปกติและอาหารที่มีความเค็มมากกว่าปกติ จากนั้นให้ทางกลุ่มร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ และจะนำไปปฏิบัติอย่างไรให้เหมาะสมกับตนเอง

- ทบทวนและสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนร่วมกับฝึกการบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารรายบุคคล หลังจากนั้นมอบสมุดบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 5 ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติทักษะการใช้ยา และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ และแหล่งสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

- ให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาหรืออุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ยาผลิตภัณฑ์ยาบำรุงสุขภาพหรืออาหารเสริม ยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร เป็นต้น

- ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันและเปลี่ยนแนวทางในการส่งเสริมการรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ และแนวทางในการแก้ปัญหาการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังเร็วขึ้น

- ทบทวนและสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการใช้ยา แนะนำถึงเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพื่อการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับยาบำรุงหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่าง ๆ ที่ได้ยินหรือได้ฟังมาถึงสรรพคุณในการรักษาโรคทุกโรคได้จากบุคคลหรือสื่อต่าง ๆ ซึ่งหากต้องการข้อมูลควรสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการแนะนำในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 7 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย และทักษะการจัดการกับอารมณ์

- ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งคำถามที่สงสัย หรือไม่เข้าใจในเรื่องของการใช้ยา การออกกำลังกาย อาหารที่ควรรับประทาน และความรู้ในเรื่องสุขภาพหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่ได้รับมาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยด้วยกันเอง ข้อมูลส่งต่อกันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) การโฆษณาทางวิทยุหรือทางโทรทัศน์ว่ามีความถูกต้องตามหลักทางการแพทย์หรือไม่ โดยฝึกทักษะการสื่อสารกับแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยและมีความกล้าในการซักถามสิ่งที่สงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์

- ฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยให้ดูท่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังผ่านคลิปวิดีโอ และทบทวนเพื่อสร้างความเข้าใจ พร้อมกับสาธิตการออกกำลังกาย จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการออกกำลังกาย โดยให้คำแนะนำรายบุคคล

- สรุปและทบทวนพฤติกรรมจัดการตนเองในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไต และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์

สัปดาห์ที่ 9

- ฝึกทักษะการจัดการความเครียด และเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวบทบาทการให้การสนับสนุนทางสังคมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง



- สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ที่ได้พบเจอในแต่ละวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการจัดการกับความเครียดของแต่ละบุคคล และร่วมกันคิดว่าวิธีการของแต่ละคนเป็นอย่างไร วิธีการนี้คล้ายเครียดได้จริงหรือไม่

- สรุปถึงวิธีการจัดการความเครียดที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร และแนะนำการคลายเครียดที่ทำได้ด้วยตนเองเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายได้ดี เช่น การกดจุด การยืดเหยียด เป็นต้น

- เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลโดยให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านทรัพยากร ผ่านกิจกรรมการชี้แนะบทบาทการช่วยเหลือ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับให้ครอบครัวมีการเสริมแรงแก่ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการในด้านการรักษา การจัดการในด้านบทบาท และการจัดการทางด้านอารมณ์ที่ผ่านมา ให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จโดยการชื่นชมและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในพฤติกรรมที่ยังทำไม่สำเร็จ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทางเลือก คิดด้วยตนเอง และตัดสินใจได้ด้วยตนเองเพื่อให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10 และ 11 ติดตามการลงมือปฏิบัติที่ผ่านมาโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ

- ติดตามการลงมือปฏิบัติที่ผ่านมาโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติครั้งละไม่เกิน 15 นาที พร้อมให้คำแนะนำให้คำปรึกษา คอยกระตุ้นเตือน และเสริมแรงแก่ผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวสามารถติดต่อประสานกับผู้วิจัยได้ทันที ในกรณีมีข้อสงสัยหรือมีข้อจำกัดในพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอไตของตนเอง

สัปดาห์ที่ 12

- ติดตามการปรับปรุงการปฏิบัติที่ผ่านมาโดยการเล่าประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินปัญหาอุปสรรค และถอดบทเรียน โดยติดตามการปรับปรุงการปฏิบัติที่ผ่านมาโดยการเล่าประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมประเมินปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในการนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเอง ร่วมกับการถอดบทเรียนในประเด็นที่มีข้อจำกัดต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ พร้อมกับหาแนวทางร่วมกันในสมาชิกกลุ่ม ตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้สมาชิกได้ช่วยกันเองจนสามารถเกิดการบริหารจัดการตนเองด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

- สรุปและประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 และกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และขออนุญาตเจาะเลือดกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจค่าอัตราการกรองของไตซึ่งตรงกับวันนัดเจาะเลือดของทางโรงพยาบาล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมตั้งแต่โครงการเริ่มและจนสิ้นสุดการจัดทำโครงการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ E2568-043 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรอง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตามต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของ



กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับในปัจจุบัน 2) วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและนามสกุล และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเป็นไปตามหลักวิชาการ และตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากร

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อม และค่าอัตราการกรองของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test เนื่องจากข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดจำนวน 35 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คนไม่สามารถเข้าร่วมในโปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่อง จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนมากเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 63.60 โดยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.90 (Mean = 68.67 ปี, S.D. = 5.04) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส สมรสมากที่สุด ร้อยละ 66.70 ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.50 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 96.97 มากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 51.50 ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วม ≥ 3 โรค ร้อยละ 60.60 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00-29.9 กก./ม.2 มากที่สุด ร้อยละ 45.50 และมีระดับความดันโลหิต $\leq 140/90$ mmHg. ร้อยละ 78.80 และมากกว่าครึ่งมีผู้ดูแลเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 54.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง (n=33)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3				
ก่อนการทดลอง	82.94	10.55	13.08	.02*
หลังการทดลอง	108.76	6.70		
eGFR				
ก่อนการทดลอง	47.01	8.33	1.15	.252
หลังการทดลอง	49.07	12.68		

*p<.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.08, df=32, p<.05) และค่าเฉลี่ยค่าอัตราการกรองของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง

พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.15$, $df=32$, $p>.05$) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าค่าเฉลี่ยค่าอัตราการกรองของไตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 หลังการทดลอง ($Mean = 49.07$, $S.D. = 12.68$) มีค่าที่ดีกว่าก่อนการทดลอง ($Mean = 47.01$, $S.D. = 8.33$)

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เป็นผลเนื่องมาจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองให้สำเร็จในบทบาท 3 ด้าน 1) การจัดการทางด้านการแพทย์การรักษา 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยผ่านกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ 4) ทักษะการปฏิบัติ 5) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) ทักษะการสร้างความร่วมมือกับผู้อื่นให้บริการด้านสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) โดยก่อนการฝึกทักษะการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และการสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกในกลุ่มและญาติ ทำให้เกิดความผ่อนคลายและไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการได้รับความรู้เรื่องโรคไตวาย ได้แก่ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยการใช้อย่างสมเหตุผลและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ยาอันตรายและยาสมุนไพรที่อันตรายกับไต อาหารที่เหมาะสมกับโรคไตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค ผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย และมอบคู่มือความรู้การชะลอไตเสื่อมและป้องกันโรคไตเรื้อรังสำหรับประชาชนให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปทบทวนความรู้และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ในช่วงการให้ความรู้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้เข้าร่วมในโครงการถึงอาหารที่สามารถบริโภคได้และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกล้าที่จะซักถามบุคลากรทางการแพทย์ในสิ่งที่สงสัยไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรค ยา และการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค หลังจากได้รับความรู้ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ต่างบอกว่าหากไม่เข้าร่วมกิจกรรมก็อาจจะยังคงรับประทานอาหารตามความเข้าใจและความรู้ที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นการแบ่งกลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองถึงสาเหตุของการเกิดไตเสื่อมทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม และทุกคนในกลุ่มต่างมีเป้าหมายที่เหมือนกันคืออยากให้งานของไตไม่แย่ไปกว่าเดิม จึงร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่ม นอกจากนั้นคอยให้กำลังใจกันในทุก ๆ ครั้งที่พบกันได้มีการแลกเปลี่ยนถึงปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร ซึ่งทีมผู้วิจัยจะคอยรับฟังและให้คำชี้แนะที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ และวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจากการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคไตและผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีความเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจที่จะสนับสนุนในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลธวัชบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลอง ($p=.032$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนน (95%CI; 0.01, 0.26) (Singcha, 2023) และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า



ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Sa-ngattapiman, Arsa, & Khiewchaum, 2023)

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เป็นผลเนื่องมาจากการวัดค่าอัตราการกรองของไตนั้นจำเป็นที่จะต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงค่า eGFR อยู่ในระดับที่ดีจากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่อง (The Nephrology Society of Thailand and National Health Security Office, 2022) นอกจากนี้การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการศึกษาเพียง 3 เดือนจึงทำให้ไม่เห็นผลของการทำงานของไตเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในทันที แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าค่าเฉลี่ย eGFR ของกลุ่มทดลองมีระดับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะการปฏิบัติ ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ และทักษะการสร้างร่วมมือกับผู้อื่นให้บริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกในกลุ่มและผู้ดูแลที่ทำหน้าที่สนับสนุนทั้งข้อมูลเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการให้กำลังใจ และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและมีความภูมิใจเมื่อประสบความสำเร็จในการปฏิบัติได้ถูกต้อง อีกทั้งการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 3 มีค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการการศึกษานำร่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต ผลพบว่าการทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .268$) (Limluecha, 2019) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคไตในระยะที่ 3 สามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างได้ และสามารถขยายผลในพื้นที่ชุมชนอื่นที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น และมีการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อนและหลังการศึกษา ดังนั้นการศึกษารั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว โดยใช้ระยะเวลาเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่อง อีกทั้งเพื่อให้เห็นผลการทำงานของไตในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการวัดอัตราการกรองของไต



เอกสารอ้างอิง

- Boonprasit, S., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2016). Factors Related to Self-Management for Controlling Plasma Glucose in Uncontrolled Diabetes Elderly. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(1), 44-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/64275/52736> (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2022). *Epidemiology and Review of Prevention Measures for Chronic Kidney Disease*. https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=13088
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2025). A Handbook on Slowing the Progression of Kidney Deterioration and Preventing Chronic Kidney Disease for the Public. <https://drive.google.com/.../1jgTO05c--tr.../view>
- Duangklad, K., Lapvongwatana, P., & Chansatitporn, N. (2020). Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 66-83. (in Thai)
- Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C. M., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Chaudhury, P. R., Fontana, M., Nangaku, M., Wanner, C., Malik, C., Hradsky, A., Adu, D., Bavanandan, S., Cusumano, A., Solo, L., Ulasi, I., & Jha, V. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nature review nephrology*, 20, 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1 -7.
- Limluecha, J. (2019). The Effectiveness of health promotion on dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease in a nephrology clinic: Pilot study at Thalang Hospital, Phuket. *Journal of Public Health Nursing*, 34(1), 80-85. (in Thai)
- The Nephrology Society of Thailand and National Health Security Office. (2022). *Clinical Practice Recommendations for Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022* (Revised edition). <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>
- Sa-ngrattanapiman, K., Arsa, K., & Khiewchaum, R. (2023). The Effects of a Self-Management Program in Chronic Kidney Disease Stages 3A to 4 Patients on Knowledge, Self-Management Behaviors, and Glomerular Filtration Rate, Sakaeo Crown Prince Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(1), e262291. (in Thai)
- Singcha, P. (2023). Effects of Self-management Program for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease Stage 3-4 Dysfunction on Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Thawatchaburi Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 4(3), 157-167. (in Thai)

- Trisirichok, P., Uttarasart, L., & Kankarn, W. (2019). The Impact of Self-Management Support by a Multidisciplinary Team on Delaying Chronic Kidney Disease Progression in Primary Care, *Khon Kaen Regional Hospital. Srinagarind Medical Journal*, 34(6), 552-558. (in Thai)
- Virojanakud, N. (2017). Effects of a Knowledge Development self-management and Participation of Care Giver Program on Level of Fasting Plasma Glucose and Delayed Progression of Diabetic Nephropathy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. *Region 11 Medical Journal*, 30(1), 41-48. (in Thai)
- Wungrath, J, Rerkkasemt, K., Saengyo, S., Pongtam, S., & Pinmars, N. (2017). Factors Predicting Food Consumption Behavior of Hemodialysis Patients with End Stage Renal Disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Journal of Health Systems Research*, 30(1), 41-48. (in Thai)

Effects of National Early Warning Score Development Program for Nurses on Assessment of Patients with Major Diseases Group in the Inpatient Department, Hangchat Hospital, Lamphang Province

Buntai Sithipaisa^{1*}

(Received: February 11, 2026, Revised: May 20, 2026, Accepted: June 1, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a program to develop nurses' use of the National Early Warning Score (NEWS) to assess patients with major diseases. The study population included registered nurses in the inpatient department and patients with major diseases admitted to the unit. Patient outcomes were compared with those of patients admitted during the same period in the preceding year. Research instruments comprised a NEWS utilization program and a knowledge and skills assessment questionnaire for nurses. Expert validation of the instruments yielded content validity indices ranging from 0.67 to 1.00 and a KR-20 reliability coefficient of 0.82. Data analysis employed descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and Fisher's Exact Test.

Three months post-intervention, the experimental group exhibited significantly higher mean knowledge and practical skill scores for NEWS utilization than during the pre-intervention period ($p < .05$). The incidence of adverse events also decreased. In the experimental group, sepsis occurred in 2.44% of patients, with no cases of septic shock, unplanned referral, or unexpected death, and a recovery rate of 100.00%. In contrast, the control group (patients from the previous year) had a sepsis rate of 21.95%, septic shock rate of 2.44%, recovery rate of 97.56%, unplanned referral rate of 2.44%, and unexpected death rate of 2.44%. Despite these differences, complications and clinical outcomes did not differ significantly between groups ($p = 0.293$). In summary, the program significantly enhanced nurses' knowledge and skills in patient assessment using the NEWS score. Although clinical outcomes did not reach statistical significance, likely due to sample size limitations, the results indicate meaningful improvements in patient safety.

Keywords: Complications; National Early Warning Score Development Program; Patients with major diseases; Unexpected death; Unplanned referral

*Hangchat Hospital

¹Corresponding author: buntay4802@gmail.com



ผลของโปรแกรมการพัฒนาการใช้ National Early Warning Score สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

บุญต่าย สิทธิไพศาล^{1*}

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ: 20 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ: 1 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาการใช้ National Early Warning Score (NEWS) สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ประชากรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ และแบบประเมินความรู้และทักษะสำหรับพยาบาล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และความเชื่อมั่น (KR-20 = 0.82) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะ ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยกลุ่มทดลองพบ Sepsis ร้อยละ 2.44 ไม่พบ Septic shock ผลการรักษาทุเลาร้อยละ 100.00 และไม่พบ Unplanned refer และ Unexpected dead เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ปีก่อน) ซึ่งพบ Sepsis ร้อยละ 21.95 Septic shock ร้อยละ 2.44 ผลการรักษาทุเลาร้อยละ 97.56 Unplanned refer ร้อยละ 2.44 และ Unexpected dead ร้อยละ 2.44 อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ทางคลินิกดังกล่าวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.293$) สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยด้วย NEWS ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแม้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง แต่มีความสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่งในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อน; โปรแกรมการพัฒนาการใช้ National Early Warning Score; กลุ่มโรคสำคัญ; การตายโดยไม่สมเหตุสมผล; การส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน

¹โรงพยาบาลห้างฉัตร

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: buntay4802@gmail.com



บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อมากกว่าปกติ จนอวัยวะสำคัญในร่างกายเริ่มทำงานผิดปกติ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Jarczak, Kluge, & Nierhaus, 2021) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 48.9 ล้านคน พบว่าเสียชีวิตสูงถึง 11 ล้านคนทั่วโลกทุกปี (World Health Organization: WHO, 2023) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี ในจำนวนนี้ เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) 1 รายเกิดขึ้นทุก ๆ 3 นาที และเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง (Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2022) อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงจนเสียชีวิตส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้านหรือชุมชน (Community-acquired sepsis) โดยในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 31.92, 34.09 และ 35.73 ตามลำดับ และยิ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมาย คือ ร้อยละ 26.00 (Health Key Performances Index, 2023) ดังนั้นการลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้คะแนนสัญญาณเตือนเริ่มแรก (National Early Warning Score: NEWS) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่สามารถคาดการณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และคาดการณ์ความจำเป็นในการนอนห้องผู้ป่วยวิกฤตได้แม่นยำ (Baines & Kanagasundaram, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรงพยาบาล นครพิงค์ (Nakornping Early Warning: NEWS) เพื่อประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 พบว่าก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 1.39 หลังใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.97 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.14$) และก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.19 หลังใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 3.10 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.07$) (Banchongchad, Ongprakit, & Jaleanlap, 2022) การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าปางของโรงพยาบาลที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มทดลอง หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมและก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับมากกว่า .05 (Tummikakul, 2020) การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือน (MEWS) เพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล unplanned intubation ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบ unplanned CPR และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sukhumalpitak & Angkhanit) และการศึกษาเรื่องการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลา ผลการศึกษาพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดอย่างไม่คาดคิดหลังพัฒนาลดลงกว่าก่อนพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Jantararat et al., 2023) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ MEWS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการใช้ NEWS ช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจรายงานแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วย

จะเกิดภาวะวิกฤต (Banchongchad, et al., 2022) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะโดยการเพิ่มความรู้และทักษะในการใช้ MEWS เพื่อการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต

การพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่พยาบาลวิชาชีพนั้น ควรเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะหรือความบังเอิญ ดังนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร (Bloom, 1956) โดยการเรียนรู้ในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด ดังนี้ 1) ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมิน 2) ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) จำแนกเป็น ทักษะ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ทักษะการเคลื่อนไหวอวัยวะสองส่วนหรือมากกว่าพร้อม ๆ กัน ทักษะการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง และทักษะการแสดงพฤติกรรมทางการพูด และ 3) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) จำแนกเป็น การรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบ และการสร้างคุณลักษณะจากค่านิยม การออกแบบ โปรแกรมการเรียนรู้โดยการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจนการเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาให้ชัดเจนซึ่งมีทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวพฤติกรรมนิยม และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์เป็นพื้นฐาน (Anderson et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าคะแนนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพหลังการอบรมสูงกว่าคะแนนก่อนการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) การเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนได้กำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้สอนกำหนดและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รวมทั้งวัดประเมินผลจนพยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะ และทำให้เกิดความชำนาญ ส่งผลให้มีความสามารถในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว และตัดสินใจในการรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างทันท่วงที (Suphatrakul, et al., 2020) ดังนั้นการนำแนวคิดของบูมาประยุกต์ใช้ในการสอนและฝึกทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อให้มีความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อย่างถาวรในการใช้ NEWS ในการเพื่อประเมินผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

โรงพยาบาลห้างฉัตร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานด้านความปลอดภัยทั้งของบุคลากรและของผู้ป่วย จึงกำหนดตัวชี้วัดของโรงพยาบาลโดย อัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned refer) และอัตราตายอย่างไม่สมเหตุสมผล (Unexpected dead) ตั้งค่าเป้าหมายไว้ ร้อยละ 0.00 แต่กลับพบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 4, 3, และ 2 รายตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวทางทีมพยาบาลเล็งเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย ในปีพ.ศ. 2566 ทีมงานของหอผู้ป่วยในได้ทำการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPGs) ได้แก่ แนวทางการ admit แนวทางการส่งต่อ แนวทางการเฝ้าระวังและการประเมินผู้ป่วย Sepsis โดยใช้การประเมินภาวะการล้มเหลวของอวัยวะอย่างต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว (the quick Sequential Organ Failure Assessment: qSOFA) ในการเฝ้าระวัง sepsis ในกลุ่มโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) โรคถ่ายเหลว (Diarrhea) โรคปอดติดเชื้อ (Pneumonia) และไข้ (Fever) นอกจากนั้นยังมีการใช้ Search out Severity Score (SOS score) และ Mean Arterial Pressure (MAP) เพื่อเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และการติดเชื้อ พบว่าผลการดำเนินงานครึ่งปีแรก ของปี 2566 ยังคงพบอัตราการเกิด Unplanned refer ด้วย sepsis ลดลงจากเดิมร้อยละ 25.00 และ Unexpected dead ด้วย septic shock จำนวน 1 ราย (Inpatient Nursing Department, Hangchat Hospital, 2023) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน พบว่าพยาบาลบางส่วนจบใหม่จึงมีประสบการณ์น้อย และขาดความรู้



และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และบางรายไม่ได้ให้ความสำคัญในการใช้แนวทางต่าง ๆ เนื่องจากมีความยุ่งยากในการใช้งาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การประเมินไม่ครอบคลุม และการรายงานแพทย์ล่าช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ โดยใช้กลยุทธ์โดยกระตุ้นให้สมาชิกในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อลดขั้นตอนที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก ร่วมกับการประยุกต์การให้ความรู้และการฝึกทักษะการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ตามกระบวนการเรียนรู้ระดับขั้นความสามารถ (Bloom's Taxonomy) ในการใช้ NEWS เพื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ วิเคราะห์กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม และฝึกทักษะการประเมินโดยใช้เครื่องมือของ NEWS โดยมุ่งหวังให้พยาบาลมีสมรรถนะการใช้ NEWS ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต และหอผู้ป่วยในมีแนวปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสม และใช้ได้จริงในทางคลินิก เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดอัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน และลดอัตราการตายอย่างไม่สมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้และทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ NEWS ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตเริ่มต้นของการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มโรคสำคัญของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล ห้างฉัตร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และการเกิดภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการใช้ NEWS
3. เพื่อศึกษาอัตราการ Unplanned refer และอัตราการตายอย่างไม่สมเหตุผล Unexpected dead ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการใช้ NEWS

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติของของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตรในการใช้ NEWS ในการประเมินภาวะ sepsis และ septic shock ในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก sepsis และ septic shock ของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มควบคุม
3. อัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned refer) และอัตราการตายอย่างไม่สมเหตุผล (Unexpected dead) จากภาวะ sepsis และ septic shock ของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของของบลูม (Bloom, 1956) ร่วมกับกระบวนการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อสร้างโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญการให้ความรู้และการฝึกทักษะการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ตามกระบวนการเรียนรู้ระดับขั้นความสามารถ (Bloom's Taxonomy) ในการใช้ NEWS เพื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ วิเคราะห์กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม และฝึกทักษะการประเมินโดยใช้เครื่องมือของ NEWS score ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะปฏิบัติของพยาบาลในการใช้ NEWS เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นอาจช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนจำหน่าย และอัตราการตายอย่างไม่สมเหตุผลได้



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ

กิจกรรมการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และการประเมินผลประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีของบลูม (Bloom, 1956) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (วันที่ 1)

- ให้ความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และการใช้เครื่องมือประเมิน NEWS โดยเน้นในเรื่องการจดจำ ความเข้าใจ และสรุปใจความสำคัญ

กิจกรรมที่ 2 (วันที่ 2)

- ประเมินทักษะการใช้ NEWS
- ฝึกทักษะการประเมิน NEWS โดยมีการสังเกต ทำตามลงมือทำเอง ความถูกต้องแม่นยำ และทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2-12)

- ฝึกทักษะการประเมิน NEWS กับผู้ป่วยที่ admit อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน โดยทำการประเมินพร้อมทั้งติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลอย่างต่อเนื่องในด้านทักษะพิสัย ใช้การสังเกต ทำตามลงมือทำเอง และความถูกต้องแม่นยำ

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 13)

- ประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้ง

- ความรู้และทักษะปฏิบัติของพยาบาลในการใช้ NEWS
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
- อัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned refer)
- อัตราตายอย่างไม่สมเหตุสมผล (Unexpected dead)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็นสองส่วนตามวัตถุประสงค์ ส่วนที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest study design) และส่วนที่ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้กลุ่มควบคุมในอดีต (Historical control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนทั้งหมด 3,337 คน ในระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2567 ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน 12 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้างฉัตร 3) มีความสามารถในการไต่ถาม การอ่าน การพูด และเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโปรแกรม และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัวหลังจากยินยอมเข้าร่วมวิจัย



2.ผู้ป่วย คือ 1) ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 41 คน ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน (เพื่อใช้เปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนและหลังการวิจัย) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power กำหนดค่าอิทธิพลในระดับปานกลาง = 0.50 กำหนดให้มีค่าระดับความเชื่อมั่น = .05 อำนาจการทดสอบ = 0.80 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในด้วยกลุ่มโรคสำคัญ และอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความซับซ้อนของโรคร่วม 3) มีความสามารถในการได้ยิน การอ่าน การพูด และเข้าใจภาษาไทย 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและเซ็นยินยอมด้วยการลงนาม

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโปรแกรม และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัวหลังจากยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้ NEWS ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตเริ่มต้นของการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) ฝึกทักษะตาม CPG การดูแลผู้ป่วยภาวะ sepsis 3) ฝึกการใช้เครื่องมือประเมิน NEWS และ 4) ฝึกประเมิน NEWS กับกรณีศึกษาทุกราย ที่ admit อยู่ในแผนกผู้ป่วยในร่วมกับส่งเสริมการใช้ NEWS ซึ่งแต่ละช่วงเวลาของการทำกิจกรรมใช้เวลา 1 วัน (08.00 น.-16.00 น.) อย่างต่อเนื่องรวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความรู้สำหรับพยาบาล จำนวน 15 ข้อคำถาม มีระดับการวัดคะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน 3 ช่วงคะแนน ดังนี้ ความรู้อยู่ในระดับสูง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 21 – 30 คะแนน) ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 10 – 20 คะแนน) และความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1 – 10 คะแนน) และ 3) แบบประเมินทักษะสำหรับพยาบาล จำนวน 15 ข้อคำถาม มีระดับการวัดคะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน 3 ช่วงคะแนน ดังนี้ ทักษะอยู่ในระดับสูง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 51 – 75 คะแนน) ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 26 – 50 คะแนน) และทักษะอยู่ในระดับต่ำ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1 – 25 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ได้ค่า IOC = 0.67-1 คะแนน และข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ IOC < 0.5 ได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบประเมินความรู้สำหรับพยาบาล และแบบประเมินทักษะสำหรับพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจำนวน 15 คนซึ่งไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2567-029 คณะกรรมการเติมชุด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก ลงวันที่ 5 เมษายน 2567 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และให้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้า



ร่วมการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลท่านสามารถตอบรับ หรือ ปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ โดยไม่ต้องให้การศึกษาวินิจฉัยนี้สิ้นสุด และไม่ต้องแจ้ง เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย หรือคำถาม สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เมื่อผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการวิจัย ดังนี้

ในกลุ่มพยาบาล

วันที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในทำแบบประเมินความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจง CPG ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะ sepsis บรรยายความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และอธิบายการใช้เครื่องมือประเมิน NEWS

วันที่ 2 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะกลุ่มพยาบาลของหอผู้ป่วยในก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นทำการฝึกทักษะของกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในเกี่ยวกับการประเมิน NEWS กับกรณีศึกษา

สัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในทำการฝึกประเมิน NEWS กับผู้ป่วยทุกราย ที่ admit อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยกระตุ้นและส่งเสริมกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในให้มีการใช้ NEWS อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นได้มอบแผ่นพับและคู่มือเพื่อให้พยาบาลได้อ่านทบทวนนอกจากนั้น ผู้วิจัยและทีมงานทำการประเมินและติดตามควบคุมกำกับ และประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะของกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในโดยการสุ่มการประเมิน NEWS และให้คะแนนทักษะการพยาบาลตามที่ประเมินได้ ในผู้ป่วยจำนวน 15 ราย/พยาบาล 1 คน

ในกลุ่มผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 14 - สัปดาห์ที่ 24 ผู้วิจัยทำการประเมินผลของโปรแกรม โดยเก็บข้อมูล คือ 1) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) อัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน และ 3) อัตราตายอย่างไม่สมเหตุสมผล (Unexpected dead) ของผู้ป่วยจากทดลอง จนครบ 41 คน หลังจากนั้นเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จำนวน 41 คน เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวและข้อมูลคะแนนความรู้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ความรู้และทักษะปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตรระหว่างก่อนและหลังการใช้ NEWS โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย คือ 12 คน จึงใช้สถิติสถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric)

3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และอัตราการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned refer) และอัตราตายอย่างไม่สมเหตุสมผล (Unexpected dead) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ในกรณี ความถี่น้อยกว่า 5 (Fisher Exact Test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประชากรที่เป็นพยาบาล ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.33) รองลงมาคืออายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 25.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 44.25 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 91.67) ทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100.00) มีรายได้อยู่ในช่วง 44,001-66,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 58.33) รองลงมาคือรายได้ในช่วง 0-22,000 บาท (ร้อยละ 25.00) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน 0-9 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) รองลงมา



การปฏิบัติงานพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 25.00) และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด (ร้อยละ 75.00) รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 25.00) ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่เป็นพยาบาล (N = 12)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	12	100.00
อายุ (ปี)		
15-29	2	16.67
30-44	3	25.00
45-59	7	58.33
อายุเฉลี่ย (Mean = 44.25, S.D. =12.29)		
สถานภาพ		
โสด	1	8.33
คู่	11	91.67
การศึกษา		
ปริญญาตรี	12	100.00
รายได้ (บาท)		
0-22,000	3	25.00
22,001-44,000	2	16.67
44,001-66,000	7	58.33
รายได้เฉลี่ย (Mean = 43,007.50)		
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
ปฏิบัติงานพยาบาล		
0 - 9	3	25.00
10 - 19	1	8.33
> 20	8	66.67
ปฏิบัติงานพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน		
0 - 9	8	66.67
10 - 19	1	8.33
> 20	3	25.00
ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	3	25.00
ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	8	75.00

ส่วนที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

1.กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลห้างฉัตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 56.10) รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 26.80) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 58.50) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 12.20) ดังแสดงในตารางที่ 4

2.กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตร หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมตลอดระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 41 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 63.40)



จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 61.10) รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.80) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 39.00) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34.10) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทำการเปรียบเทียบเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลพื้นฐานของทั้งกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=41)	กลุ่มทดลอง (n=41)	p-value
เพศ			0.076
ชาย	17 (ร้อยละ 41.50)	26 (ร้อยละ 63.40)	
หญิง	24 (ร้อยละ 58.50)	15 (ร้อยละ 36.60)	
สถานะ			0.558
ญาติ	1 (ร้อยละ 2.40)	0 (ร้อยละ 0.00)	
ผู้ดูแล	5 (ร้อยละ 12.20)	4 (ร้อยละ 9.80)	
ผู้ป่วย	35 (ร้อยละ 85.40)	37 (ร้อยละ 90.20)	
การศึกษา			0.091
ประถมศึกษา	23 (ร้อยละ 56.10)	25 (ร้อยละ 61.00)	
มัธยมศึกษา	6 (ร้อยละ 14.60)	11 (ร้อยละ 26.80)	
ปริญญาตรี	1 (ร้อยละ 2.40)	2 (ร้อยละ 4.90)	
ไม่ได้เรียน	11 (ร้อยละ 26.80)	3 (ร้อยละ 7.30)	
อาชีพ			0.053
ข้าราชการบำนาญ	2 (ร้อยละ 4.90)	2 (ร้อยละ 4.90)	
ค้าขาย	1 (ร้อยละ 2.40)	1 (ร้อยละ 2.40)	
นักเรียน	2 (ร้อยละ 4.90)	3 (ร้อยละ 7.30)	
รับจ้าง	5 (ร้อยละ 12.20)	14 (ร้อยละ 34.10)	
รับราชการ	1 (ร้อยละ 2.40)	1 (ร้อยละ 2.40)	
เกษตรกรกรรม	1 (ร้อยละ 2.40)	3 (ร้อยละ 7.30)	
แม่บ้าน	5 (ร้อยละ 12.20)	1 (ร้อยละ 2.40)	
ไม่มีอาชีพ	24 (ร้อยละ 58.50)	16 (ร้อยละ 39.00)	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะ

ระดับคะแนนความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรม มีความรู้และทักษะระดับระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) และรองลงคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.33) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการได้รับหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้และทักษะเฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean = 25.25, S.D. = 2.30) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม (Mean = 21.67, S.D. = 1.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ระดับคะแนนทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมมีทักษะในการใช้ NEWS อยู่ในระดับระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 75.00) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 25.00) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนทักษะเฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean = 64.08, S.D. = 5.63) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม (Mean = 52.16, S.D. = 3.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้และทักษะของพยาบาลก่อน และหลังได้รับโปรแกรม (N = 12)

รายการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรม		
ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน)	4	33.33
ระดับสูง (21-30 คะแนน)	8	66.67
คะแนนเฉลี่ย (Mean = 21.67, S.D. = 1.44)		
คะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรม		
ระดับสูง (21-30 คะแนน)	12	100.00
คะแนนเฉลี่ย (Mean = 25.25, S.D. = 2.30)		
คะแนนทักษะก่อนได้รับโปรแกรม		
ระดับปานกลาง (26-50 คะแนน)	3	25.00
ระดับสูง (51-75 คะแนน)	9	75.00
คะแนนเฉลี่ย (Mean = 52.16, S.D. = 3.74)		
คะแนนทักษะหลังได้รับโปรแกรม		
ระดับต่ำ (0-25 คะแนน)	0	0.00
ระดับปานกลาง (26-50 คะแนน)	0	0.00
ระดับสูง (51-75 คะแนน)	12	100.00
คะแนนเฉลี่ย (Mean = 64.08, S.D. = 5.63)		

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอันดับความรู้และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N = 12)

ตัวแปร		Median	IQR	Z	p-value
ความรู้	ก่อน	23.0	6.2	-2.000	0.02*
	หลัง	25.5	3.5		
ทักษะ	ก่อน	52.3	4.0	-1.732	0.04*
	หลัง	65.5	8.2		

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 23.0 เป็น 25.5 และค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 52.3 เป็น 65.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วย Wilcoxon Signed-Ranks Test พบว่าคะแนนความรู้และทักษะภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้ ($Z = -2.000$, $p = .02$) และทักษะ ($Z = -1.732$, $p = .04$) ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอันดับคะแนนพัฒนาขึ้นหรือเท่าเดิม โดยไม่มีผู้ใดมีอันดับคะแนนลดลงหลังได้รับโปรแกรม (Negative Ranks = 0)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยแยกเป็นภาวะแทรกซ้อนและผลการรักษา พบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ดังนี้ 1) sepsis ในกลุ่มทดลองพบ เพียง 1 คน (ร้อยละ 2.44) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบสูงถึง 9 คน (ร้อยละ 21.95) และ 2) Septic shock กลุ่มทดลองไม่พบภาวะ Septic shock (ร้อยละ 0.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 1 คน (ร้อยละ 2.54) ในส่วนของผลการรักษา วัดผลลัพธ์โดยใช้การจำหน่ายทุเลา พบว่ากลุ่มทดลองมีการจำหน่ายทุเลา 41 คน (ร้อยละ 100.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุม



พบมีการจำหน่ายทุเลา 40 คน (ร้อยละ 97.56) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทั้ง Unplanned refer และ Unexpected dead กลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์ (ร้อยละ 100.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์ 1 คน (ร้อยละ 2.44) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาการใช้ NEWS สำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้างฉัตร ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=41) (จำนวน (คน)/ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=41) (จำนวน (คน)/ร้อยละ)
ภาวะแทรกซ้อน		
Sepsis	9/21.95	1/2.44
Septic shock	1/2.44	0/0.00
ผลการรักษา		
จำหน่ายทุเลา	40/97.56	41/100.00
Unplanned refer	1/2.44	0/0.00
Unexpected dead	1/2.44	0/0.00

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ sepsis, septic shock, Unplanned refer และ Unexpected dead ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.293$, $p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (sepsis, septic shock, Unplanned refer และ Unexpected dead) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=41) จำนวน (คน)/ร้อยละ	กลุ่มทดลอง n=41) จำนวน (คน)/ร้อยละ	ค่าสถิติ	p-value
Sepsis	9/21.95	1/2.44	Fisher's Exact Test	0.293
Septic shock	1/2.44	0/0.00		
Unplanned refer	1/2.44	0/0.00		
Unexpected dead	1/2.44	0/0.00		

อภิปรายผล

1.ด้านความรู้และทักษะของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตร มีคะแนนความรู้และทักษะการใช้ NEWS หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นผลเนื่องมาจากการที่ผู้วิจัยสร้างความตระหนักโดยให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้างฉัตร และให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการสอนตามหลักของบลูม (Bloom, 1956) ที่ถูกนำมาออกแบบโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย และในการให้ความรู้อธิบายกลุ่มพยาบาลผู้ป่วยในให้ความเข้าใจขั้นตอนการใช้แบบประเมิน NEWS เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจ ฝึกทักษะในการใช้แบบประเมิน NEWS และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ และนิเทศการใช้แบบประเมิน NEWS เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มพยาบาลผู้ป่วยในที่ใช้แบบประเมิน NEWS มีการรับรู้ เกิดความมั่นใจและมีความชำนาญในการใช้แบบประเมิน NEWS สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (NEWS) ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าคะแนน

ความรู้และทักษะการปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยด้วย NEWS สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (Suphatrakul et al., 2020) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Mawilai, 2020) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอยู่ในระดับมาก (Jantararat et al., 2023)

2.ด้านอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมอัตราการเกิด sepsis ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนั้นไม่พบการอัตราเกิดภาวะ septic shock ในกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงพบการเกิดภาวะ septic shock แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมถึงอัตราการเกิด sepsis และอัตราเกิดภาวะ septic shock พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) อาจอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย ($n = 41$ ต่อกลุ่ม) ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่างที่มีอยู่จริงได้ อีกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาคนละช่วงเวลา ซึ่งอาจส่งผลให้มีปัจจัยพ้องที่แตกต่างกันไป นอกจากนี้การลดลงของภาวะแทรกซ้อนอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องนอกเหนือจากการประเมิน NEWS เพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละรายและการปฏิบัติตาม CPG Sepsis ของบุคลากรทางการแพทย์อื่นร่วมด้วย (Ritklar, 2015) ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล บรรจงจัดและคณะ ที่พบว่าระดับการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตตามแนวทาง NEWS มีความสัมพันธ์กับการเกิด septic shock อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Suphatrakul et al., 2020)

3.ด้านผลการรักษา โดยใช้การจำแนกหยาบๆ ซึ่งแยกเป็น Unplanned Refer และ Unexpected Dead ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองไม่พบ Unplanned refer และ Unexpected dead ส่วนของในกลุ่มควบคุมกลับพบทั้ง Unplanned Refer และ Unexpected Dead อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 2.44) อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมถึง Unplanned Refer และ Unexpected Dead พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) อาจอธิบายได้ว่าการเสียชีวิตที่ป้องกันได้มักเกิดจากความล้มเหลวในการตรวจพบและตอบสนองต่อการเสื่อมลงของอาการผู้ป่วยอย่างทันท่วงที การที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการใช้ NEWS สูงขึ้นจึงเป็นกลไกโดยตรงที่นำไปสู่การแจ้งแพทย์ ได้เร็วขึ้นและลดโอกาสเกิด Unplanned Refer และ Unexpected Dead ได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ที่พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นกว่าระยะแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อประเมินด้วย NEWS score ในช่วง 6 ชั่วโมงที่ 6 ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกช่วยเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (Wimansak & Butdee, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล บรรจงจัดและคณะ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แบบประเมิน NEWS กับอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิตไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.14$) (Banchongchad, Ongprakit, & Jaleanlap, 2022) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า unplanned CPR ในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ต่างจากกลุ่มทดลอง 1 ปี แต่ในช่วงเวลาเดียวกัน (Historical control group) ซึ่งระยะเวลาที่ต่างกันไปย่อมทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Variables) ซึ่งทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ และอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.ผู้บริหารควรนำแนวทางการประเมิน NEWS score ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเริ่มต้นของการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้กับผู้ป่วยทุกราย และกำหนดให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลควบคู่กับแนวทางปฏิบัติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด CPG Sepsis
- 2.ผู้บริหารควรนำโปรแกรมพัฒนาการใช้ National Early Warning score มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะให้แก่พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ทุกราย สำหรับแผนกผู้ป่วยนอกและในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้การประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 3.ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนมีสมรรถนะในการใช้ National Early Warning score เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเริ่มต้นของการติดเชื้อในกระแสเลือด และสามารถรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรดำเนินการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและปัจจัยด้านระบบบริการที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Sepsis Septic Shock Unplanned Refer และ Unexpected Death ในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะนำไปสู่การวางแผนป้องกันได้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น
- 2.ควรศึกษาผลของการปฏิบัติและการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ Sepsis ของทีมแพทย์และทีมพยาบาลในโรงพยาบาล โดยการตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลังเพื่อประเมินระดับความสอดคล้องระหว่าง การปฏิบัติจริงกับแนวทางมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าวกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย
- 3.ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล ครอบคลุมตัวแปรด้านลักษณะผู้ป่วย ความรวดเร็วในการได้รับการรักษา ความพร้อมของบุคลากร และระบบการส่งต่อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการพัฒนาแนวทางลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม
- 4.การวิจัยควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล และเพิ่มการติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., Rath, J., & Wittrock, M. C. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. Pearson Education (US).
- Banchongchad, S., Ongprakit, J., & Jaleanlap, P. (2022). 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. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/256489> (in Thai)
- Baines, E., & Kanagasundaram, N. S. (2008). Early Warning Scores. *British Medical Journal*, 16(7), 294-336. <https://doi.org/10.1136/sbmj.0809320> (in Thai)

- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Health Key Performances Index. (2023). *The incidence rate of severe sepsis*. http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi_template/2566/030.pdf (in Thai)
- Inpatient Nursing Department, Hangchat Hospital. (2023). *Service Profile of Inpatient Nursing Department, Hangchat Hospital, Fiscal Year 2023* [Service Profile Klum Ngan Kan Phayaban Phu Puai Nai Rong Phayaban Hang Chat Pracham Pi Ngoppramand 2566]. Mimeographed document. Hangchat Hospital.
- Jarczak, D., Kluge, S., & Nierhaus, A. (2021). Sepsis-Pathophysiology and Therapeutic Concepts. *Frontiers in medicine*, 8, 628302. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.628302>
- Jantarat, P., Rattanaphan, P., Kunsete, P., & Thiengchanya, P. (2023). Development of early warning sign model in high-risk patient, Songkhla Hospital. *Journal of Health Science*, 32(1), 109–119. https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15658journal225660307113118.pdf (in Thai)
- Mawilai, G. (2020). The comparison of mortality rate among patients with sepsis before and after nursing competency development for finding and crises management in the group of patients with sepsis in medical intensive care unit, Chaophrayayommarat Hospital. *The Journal of Boromarjonnani College of Nursing Suphanburi*, 3(1), 43–60. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/248607/169076> (in Thai)
- Ritklar, L. (2015). The results of using the evaluation form for early warning signs on unplanned ICU admission and mortality rate in internal medicine ward at Thammasat University Hospital. *Thammasat University Hospital Journal*, 1(1), 1–12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/240161> (in Thai)
- Sukhumalpitak, J., & Angkhanit, M. (2023). The Effects of Nursing Practice Guidelines for Implementing an Early Warning System for Emergency Critical Arrest Management in Medicine In-Patients at RoiEt Hospital. *Journal of Nursing Division*, 50(3), 125-137. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/268005/180439> (in Thai)
- Suphatrakul, W., Donlao, K., & Mahawan. P. (2020). Effect of using NEWS score to Surveillance for Variations Change and Warning signs for Patients at Emergency Room Nakornping Hospital, Chiangmai Province. *Journal of Nakornping Hospital*, 11(1), 45-59. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/242405/165652> (in Thai)
- Tummikakul, Y. (2020). Effects of Nursing Practice Guideline Implementation by Using Modified Early Warning Scores Recording for Sepsis Patients of Inpatient Department, Thayang Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(1), 31-46.
- Wimansak, S., & Butdee, S. (2024). Effects of clinical nursing practice guidelines for patients with sepsis on clinical outcomes, Sopprab Hospital, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 12(1), e274708. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/274708> (in Thai)
- World Health Organization. (2023). Sepsis. <https://www.who.int/health-topics/sepsis>

Experiences of Patients with Alcohol Dependence Participating in a Transitional Care Program: A Qualitative Study

Chuleeporn Pusopa^{*}, Phitinan Isarangura Na Ayudhaya^{1**}, Jarunee Ratsamesuwiwat^{***}

(Received: February 17, 2026, Revised: April 7, 2026, Accepted: June 30, 2026)

Abstract

The study explored the experiences of patients with alcohol dependence who participated in a nurse-led transitional care program at a psychiatric hospital in northern Thailand. It also examined barriers and facilitators that influenced post-discharge recovery. The researchers used a descriptive-phenomenological approach and purposive sampling to recruit 15 participants. They collected data through in-depth interviews conducted 90 days post-discharge and analyzed the results using Colaizzi's method.

Four major themes emerged: (1) Patients gained knowledge and awareness of alcohol dependence, which shifted their perspectives, motivated them to view the condition as a medical illness, and inspired them to pursue treatment. (2) Patients developed self-management capabilities, such as adhering to medication, recognizing relapse warning signs, and modifying their lifestyles. (3) Patients built supportive relationships with nurses and family, and all valued non-judgmental therapeutic relationships. (4) Patients encountered barriers and facilitators to recovery, with social stigma, cultural pressure, and economic constraints as prominent barriers, and Buddhist beliefs and meaningful occupation as key facilitators. These findings suggest that transitional care programs should integrate community-based support, incorporate Thai cultural and spiritual dimensions, and strengthen continuous post-discharge care.

Keywords: Alcohol Dependence; Patient Experiences; Transitional Care Program

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

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

^{***}Suanprung Psychiatric Hospital, Chiangmai Province

¹Corresponding author: phitinan@bcnc.ac.th



ประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ชลีพร ภูโสภา*, ภูตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา^{1**}, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์***

(วันรับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ: 7 เมษายน 2569, วันตอบรับบทความ: 30 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย และเพื่อศึกษาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่าย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 15 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ณ ระยะ 90 วันหลังจำหน่าย และวิเคราะห์ด้วยวิธีของโคไลซี (Colaizzi)

ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การได้รับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะติดสุราซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองต่อโรคและเพิ่มแรงจูงใจในการรักษา 2) การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง ทั้งด้านการใช้จ่าย การรับรู้สัญญาณเตือนภัย และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 3) การได้รับความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากพยาบาลและครอบครัว โดยผู้ป่วยทุกรายให้คุณค่ากับความสัมพันธ์เชิงบำบัดที่ไม่ตัดสิน และ 4) การพบเจออุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู โดยอุปสรรคหลัก ได้แก่ トラบาปทางสังคม แรงกดดันทางวัฒนธรรม และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ในขณะที่ความเชื่อทางพุทธศาสนาและการมีงานทำเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมควรบูรณาการการสนับสนุนระดับชุมชน บริบททางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของสังคมไทย และเสริมสร้างการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

คำสำคัญ: ภาวะติดสุรา; ประสบการณ์ของผู้ป่วย; การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: phitinan@bcnc.ac.th



บทนำ

ภาวะติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรุนแรง ตลอดจนสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพอย่างมหาศาลในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดสุรา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 190,505 ราย ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 136,215 ราย และในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 141,256 ราย (Department of Mental Health, 2024) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรามักประสบกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันอยู่ที่ร้อยละ 13.4 ถึง 22.7 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ก่อให้เกิดวงจรอุปาทนที่ขัดขวางการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน ความท้าทายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราคือช่วงเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Ssentongo et al., 2025) ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การไม่มีแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน การขาดความรู้และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (James et al., 2023) ระบุว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยประสบอุปสรรคหลายด้านในการกลับเข้ารับการรักษา ได้แก่ งบประมาณ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการขาดแรงจูงใจ สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมต่ออย่างต่อเนื่องระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลในชุมชน (Ruiz-Tagle Maturana et al., 2025)

การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน หมายถึง ชุดของการกระทำที่ออกแบบมาเพื่อรับรองความต่อเนื่องและความสอดคล้องของการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีประสิทธิภาพในการลดการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเข้าร่วมการรักษาในผู้ป่วยนอก โดยอาศัยกลยุทธ์หลัก 5 ประเภท ได้แก่ การให้บริการปรึกษาด้านการติดสารเสพติดในโรงพยาบาล การเริ่มการรักษาด้วยยาก่อนจำหน่าย การนำทางผู้ป่วย การให้บริการติดตามหลังจำหน่าย และการเชื่อมโยงกับบริการในชุมชน (Balmuth et al., 2024) และโรงพยาบาลที่ใช้กลยุทธ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างครอบคลุมมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีกว่า (Krawczyk et al., 2024) แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Suzuki et al., 2023) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา มุ่งเน้นการวัดผลเชิงปริมาณ และดำเนินการในบริบทตะวันตก (Abiri et al., 2024; Incze et al., 2025) และ แม้จะให้ข้อมูลที่มีคุณค่า แต่ล้วนดำเนินการในบริบทสหรัฐอเมริกา และยังขาดการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาลในบริบทไทย

บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากบริบทตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ บทบาทของครอบครัวในฐานะแหล่งสนับสนุนหลัก อิทธิพลของพุทธศาสนาต่อวิถีชีวิตและการเผชิญปัญหา วัฒนธรรมความเป็นชายที่เชื่อมโยงกับการดื่มสุรา และบรรทัดฐานชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มในพิธีกรรมทางสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อประสบการณ์การรับโปรแกรมการดูแลและกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย การทำความเข้าใจประสบการณ์ที่แท้จริงจากเสียงของผู้ป่วยเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยไทย ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือของประเทศไทย และเพื่อศึกษาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่าย ข้อมูลเชิงลึกที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงโปรแกรมการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย และเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติทางคลินิกที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย



วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราที่มีประสบการณ์ที่มีชีวิต (lived experiences) อย่างไรในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาล ทั้งในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย
2. อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนใดที่ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราพบเจอในกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (lived experiences) ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน แนวทางนี้มีรากฐานทางปรัชญาจากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของฮูสเซอร์ล (Husserl, 1970) ที่มุ่งเน้นการค้นหาลักษณะสำคัญ (essence) ของประสบการณ์มนุษย์ผ่านการพรรณนาอย่างบริสุทธิ์ โดยปราศจากการตีความล่วงหน้า ซึ่งจอร์จิ (Giorgi, 2009) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในบริบทการวิจัยทางสุขภาพ แนวทางนี้เหมาะสมสำหรับการศึกษาความหมายและสาระสำคัญของประสบการณ์มนุษย์ โดยเน้นการพรรณนาปรากฏการณ์ตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยประสบจริง โดยไม่ตีความล่วงหน้าหรือกำหนดกรอบความคิดที่เข้มงวด ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจโลกของผู้ให้ข้อมูลผ่านการรับฟังเรื่องราวและการบรรยายประสบการณ์ของพวกเขาอย่างตั้งใจ

บริบทของการวิจัยและโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการให้การดูแลทั้งหมด 7 ครั้ง แบ่งเป็น 5 ครั้งระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และ 2 ครั้งหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ เนื้อหาของโปรแกรมในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลครอบคลุม คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อราและกลไกทางชีววิทยา 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและการจัดการผลข้างเคียง 3) การฝึกทักษะการรับรู้และจัดการสัญญาณเตือนภัยของการกลับไปดื่มซ้ำ 4) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ 5) การให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุน ส่วนการติดตามหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ดำเนินการที่สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย เพื่อติดตามการใช้ยา ประเมินอาการ และให้คำแนะนำในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อราตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ที่เข้ารับการรักษและได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านครบถ้วนระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงมกราคม พ.ศ. 2567

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) ซึ่งเกิดขึ้นที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 2 คนเพื่อยืนยันความอิ่มตัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านครบถ้วนทั้ง 7 ครั้ง 3) ไม่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ในขณะที่ให้ข้อมูล โดยมีคะแนน CIWA-AR ไม่เกิน 7 คะแนน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์โดยสมัครใจ และ 6) อยู่ในระยะเวลา 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีเกณฑ์การคัดออกประกอบด้วย 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายหรือทางจิตที่



รุนแรง 2) มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยมีคะแนน MoCA ไม่เกิน 17 คะแนน และ 3) มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย (Researcher as an Instrument) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่า 5 ปี ผ่านการอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และได้รับการฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์เชิงลึกภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (Demographic Questionnaire) ครอบคลุมอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาและรูปแบบการดื่มสุรา และประวัติการกลับมารักษาค่า
3. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ครอบคลุมคำถามหลัก 4 ส่วน ได้แก่ ประสบการณ์โดยรวมต่อโปรแกรม องค์ประกอบที่เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟู อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนหลังจำหน่าย และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรม
4. เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล และแบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช และนักวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษารวมถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ทดลองสัมภาษณ์เบื้องต้น (Pilot Interview) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 ใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประสานงานและคัดกรองผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์จากเวชระเบียน การติดต่อและนัดหมายโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง โดยผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและปลอดภัย แสดงความเคารพและไม่ตัดสิน รับฟังอย่างตั้งใจ และใช้คำถามสำรวจเพื่อขยายความในประเด็นที่น่าสนใจ และการถอดเทปเป็นต้นฉบับ (Verbatim Transcript) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง พร้อมนำต้นฉบับกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล 5 คนตรวจสอบความถูกต้อง (Member Checking)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามกรอบแนวคิดของ Lincoln และ Guba (1985) ใน 4 เกณฑ์ ได้แก่

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ดำเนินการโดย Member Checking กับผู้ให้ข้อมูล 5 คน หลังการถอดเทปสัมภาษณ์และสรุปประเด็นสำคัญเบื้องต้น โดยผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ณ หอผู้ป่วยจิตเวชและทางโทรศัพท์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันว่าข้อมูลและการตีความสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง การมีส่วนร่วมในสนามวิจัยเป็นเวลานานประมาณ 1 เดือนก่อนเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าไปสังเกตบริบทการดูแลในหอผู้ป่วยจิตเวช เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน และสร้างสัมพันธ์กับบุคลากรและผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา การปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงาน (Peer Debriefing) ดำเนินการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการประชุมอภิปรายประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุก 2 สัปดาห์ตลอดช่วงการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบโดยผู้วิจัยหลายคน (Investigator Triangulation) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกันตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสข้อมูล หมวดยุทธศาสตร์ และประเด็นหลักเพื่อป้องกันอคติจากมุมมองของผู้วิจัยเพียงคนเดียว



2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ดำเนินการโดยการพรรณนาอย่างหนาแน่น (Thick Description) ผ่านการอธิบายลักษณะของผู้ให้ข้อมูล สภาพแวดล้อมของหน่วยวิจัยเฉพาะ ลักษณะของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ขั้นตอนการติดตามหลังจำหน่าย และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้ ครอบคลุมลักษณะของผู้ให้ข้อมูล บริบทของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

3. ความเชื่อถือได้ (Dependability) ดำเนินการโดยจัดทำเส้นทางตรวจสอบ (Audit Trail) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกรายละเอียดทุกขั้นตอนของการวิจัยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ การถอดเทป การกำหนดรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มหมวดหมู่ และการสังเคราะห์ประเด็นหลัก รวมทั้งบันทึกเหตุผลของการตัดสินใจในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละขั้นตอน เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับกระบวนการวิจัยได้ บันทึกกระบวนการตัดสินใจในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ

4. ความเป็นกลาง (Confirmability) ดำเนินการโดยใช้เทคนิคการวงเล็บ (Bracketing) และการสะท้อนตนเอง (Reflexivity) โดยก่อนและระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึกความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์เดิม และความคาดหวังของตนเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราไว้ในสมุดบันทึกการสะท้อนตนเอง (Reflexive Journal) อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและลดอิทธิพลของอคติส่วนบุคคลที่อาจส่งต่อการสัมภาษณ์ การตีความข้อมูล และการวิเคราะห์ผลการวิจัย บันทึกไว้ในสมุดบันทึกการสะท้อนตนเอง (Reflexive Journal) ตลอดกระบวนการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 006/2566 ผู้วิจัยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) จากผู้ป่วยทุกรายก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบการรักษา และรักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลตลอดการวิจัย ข้อมูลจะเก็บรักษาไว้ 5 ปีหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วทำลายอย่างปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาของโคลไลซี (Colaizzi, 1978) 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอ่านต้นฉบับทั้งหมดหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจโดยรวม 2) การสกัดข้อความที่มีนัยสำคัญ 187 ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 15 คน 3) การกำหนดความหมายของข้อความแต่ละข้อความ 4) การจัดกลุ่มความหมายเป็น 12 หมวดหมู่ 5) การบูรณาการหมวดหมู่เป็น 4 ประเด็นหลัก 6) การพรรณนาปรากฏการณ์อย่างครอบคลุม และ 7) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือกับผู้ให้ข้อมูล 5 คน ตลอดกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวงเล็บ (Bracketing) เพื่อป้องกันอคติของผู้วิจัย และปรึกษาที่ปรึกษาการวิจัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจสอบโดยผู้วิจัยหลายคน (Investigator Triangulation)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และเพศหญิง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 มีอายุระหว่าง 28-57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.4 ปี (S.D. = 10.3) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือโสด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการดื่มสุราโดยเฉลี่ย 18.6 ปี (S.D. = 8.7) และมีประวัติการกลับมารักษาส้าโดยเฉลี่ย 2.3 ครั้ง (S.D. = 1.5) ความไม่สมดุลด้านเพศที่พบในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนลักษณะทางระบาดวิทยาของภาวะติดสุราในบริบทไทย ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงในการวิเคราะห์และตีความข้อมูล โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรมความเป็นชาย



ประเด็นหลักที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยพบประเด็นหลัก (Themes) จำนวน 4 ประเด็น ซึ่งตอบวัตถุประสงค์ การวิจัยทั้ง 2 ประการ โดยประเด็นที่ 1-3 ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม และประเด็นที่ 4 ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และข้อความสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็นหลัก (Themes)	ประเด็นย่อย (Subthemes)	ตัวอย่างข้อความสำคัญ (Significant Statements)
1. การได้รับความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับภาวะติดสุรา	1.1 การเข้าใจว่าภาวะติดสุราเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา	“พอพยาบาลอธิบายว่าเป็นโรคผมก็เริ่มเข้าใจว่าทำไมเลิกเองมันยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)
	1.2 การตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราต่อสุขภาพและชีวิต	“พอเห็นรูปตับที่เสีย ผมกลัวจริง ๆ ไม่อยากตายเร็ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)
	1.3 การสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ	“ถ้าเริ่มหงุดหงิดนอนไม่หลับจะรู้แล้วว่ามันเป็นสัญญาณเตือน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)
2. การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง	2.1 การใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ	“พอมีสมุดจดยา ผมรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการรักษา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)
	2.2 การรับรู้และจัดการสัญญาณเตือนภัย	“เวลาเครียด ผมจะออกกำลังกายหรือโทรหาเพื่อนแทนการดื่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)
	2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต	“ผมเริ่มไปวิ่ง ไปวัด ทำให้ไม่ว่างคิดถึงเหล้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)
3. การได้รับความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากบุคลากรครอบครัว	3.1 ความสัมพันธ์เชิงบำบัดกับพยาบาล	“พยาบาลไม่ได้ตัดสินผม ทำให้ผมกล้าพูดทุกอย่าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)
	3.2 การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากครอบครัว	“ครอบครัวเริ่มเข้าใจว่าผมป่วย ไม่ใช่แค่ไม่พยายาม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)
4. การพบเจออุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู	4.1 สิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม	“แค่เห็นร้านเหล้าก็ทำให้นึกอยากดื่มขึ้นมา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)
	4.2 แรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม	“เวลาไปงานบุญ คนชอบถามว่าทำไมไม่ดื่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)
	4.3 トラバและการตีตรา	“มีคนมองว่าไม่มีวันเลิกได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)
	4.4 ปัญหาทางเศรษฐกิจ	“พอไม่มีงานทำก็เครียด แล้วก็อยากดื่มอีก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)
	4.5 ความเครียดและการเผชิญปัญหา	“เวลาทะเลาะกับคนในบ้าน ผมจะคิดถึงเหล้าทันที” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)
	4.6 การเข้าถึงบริการสุขภาพต่อเนื่องที่จำกัด	“บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล เดินทางลำบากมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)
	4.7 ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ	“การไปวัดทำให้ใจสงบ และช่วยให้ผมไม่กลับไปดื่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)
	4.8 การมีงานทำและกิจกรรมที่มีความหมาย	“การปลูกผักขายทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตยังมีคุณค่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)
	4.9 การเข้าถึงและการสนับสนุนจากบริการสุขภาพ	“แค่ได้โทรคุยกับพยาบาลก็รู้สึกว่ามีคนเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

ประเด็นการได้รับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะติดสุรา ประเด็นหลักที่ 1 ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในมุมมองและความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดสุราอย่างมีนัยสำคัญ ผ่าน 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การเข้าใจว่าภาวะติดสุราเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา การตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราต่อสุขภาพและชีวิต และการสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ

ประเด็นย่อยที่ 1.1 การเข้าใจว่าภาวะติดสุราเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการดื่มสุราเป็นเพียงนิสัยส่วนตัวหรือวิธีพักผ่อนหย่อนใจ ไม่ได้ตระหนักว่าเป็นภาวะทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษา หลังจากได้รับความรู้จากพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจใหม่ที่ช่วยลดความรู้สึกผิดและเพิ่มแรงจูงใจในการรักษา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"ตอนแรกผมคิดว่าการดื่มเหล้าของผมมันก็แค่นิสัย...แต่พอพยาบาลอธิบายให้ฟังว่ามันทำงานในสมองยังไง ทำไมถึงเลิกยาก ผมก็เริ่มเข้าใจว่าทำไมผมถึงควบคุมตัวเองไม่ได้...มันทำให้ผมไม่โทษตัวเองมากเกินไป แต่ก็รู้ว่าต้องรับผิดชอบกับการรักษาตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 การตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราต่อสุขภาพและชีวิต

การที่พยาบาลนำเสนอข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น ภาพถ่ายอวัยวะที่ได้รับความเสียหาย ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งเล่าว่า

"พยาบาลเอารูปตับที่เสียหายจากการดื่มเหล้ามาให้ดู ผมตกใจมาก...ผมกลัวจริง ๆ เพราะไม่อยากตายเร็ว ไม่อยากทิ้งลูกเมีย" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 การสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่า การได้เรียนรู้สัญญาณเตือนภัยของการกลับไปดื่มซ้ำทำให้รู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองมากขึ้น และสามารถวางแผนรับมือได้ตั้งแต่นั้น ๆ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"พยาบาลบอกว่าถ้าเริ่มคิดถึงเหล้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย...นี่แหละคืออาการเตือน...พอรู้สึกว่ามีอาการแบบนี้ ผมก็จะโทรไปคุยกับเมีย หรือไปวัดสวดมนต์ ไม่ปล่อยให้มันแย่งจนอยากดื่ม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง ประเด็นหลักที่ 2 ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ผ่าน 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การรับรู้และจัดการสัญญาณเตือนภัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

ประเด็นย่อยที่ 2.1 การใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีปัญหาการลืมกินยาหรือหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดและได้รับสมุดบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาและมีความรับผิดชอบในการใช้ยามากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"พอพยาบาลให้สมุดมา สอนให้จดเวลากินยา ผลข้างเคียงที่เกิด ผมก็จดทุกวัน มันทำให้รู้สึกว่าเรามีส่วนร่วมในการรักษาตัวเอง...พอมีอาการอะไรก็ดูในสมุดว่าเป็นเรื่องปกติหรือเปล่า ถ้าไม่ปกติก็โทรปรึกษาพยาบาลได้เลย" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

นอกจากนี้ คำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการผลข้างเคียงของยาช่วยป้องกันการหยุดยาโดยไม่จำเป็น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนเล่าว่า

"ยาที่กินทำให้ง่วงนอน ตอนแรกก็คิดว่าจะหยุดยา แต่พยาบาลบอกว่าให้กินก่อนนอน...ถ้าไม่มีพยาบาลแนะนำ ผมก็คงหยุดยาไปแล้ว" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 การรับรู้และจัดการสัญญาณเตือนภัย

ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่า การได้เรียนรู้กลยุทธ์การรับมือที่หลากหลายและมีแผนรับมือที่ชัดเจนช่วยให้รู้สึกมีความสามารถในการควบคุมตนเองมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า



"ผมรู้แล้วว่าถ้าเครียดมาก ๆ หรือไปอยู่ในสถานการณ์ที่เคยดื่ม เช่น งานศพ งานบุญ มันจะอยากดื่มขึ้นมา พยาบาลสอนให้ผมทำอะไรทำแทน เช่น ออกกำลังกาย โทรมุขกับเพื่อนที่ไม่ดื่ม หรือสวดมนต์...มันช่วยได้จริง ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่พยาบาลสอนยังช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาที่ยากดื่มได้ดังที่ผู้ให้ข้อมูลว่า "พยาบาลบอกว่าความคิดอยากดื่มมันจะผ่านไป ให้ออ 15 นาที ทำอะไรสักอย่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ...พอผ่านไปนิดหนึ่ง ความอยากดื่มมันก็จะจางลงจริง ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

ประเด็นย่อยที่ 2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนเริ่มปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การสร้างกิจวัตรประจำวันใหม่ และการปรับปรุงความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจอย่างชัดเจน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งเล่าว่า

"ผมเริ่มออกกำลังกายตอนเช้า วิ่งรอบหมู่บ้าน ไปวัดทำบุญวันพระ มันทำให้มีเวลาวางน้้อยลง ไม่ว่างให้ คิดถึงเหล้า...ตอนนั้นผมหายใจไม่เหนื่อยแล้ว นอนหลับสนิท ตื่นมาก็รู้สึกสดชื่น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น ซึ่งกลายเป็นแรงจูงใจสำคัญในการรักษาการเลิกดื่ม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนกล่าวว่า

"ผมพยายามใช้เวลากับครอบครัวมากขึ้น...ตอนนี้ครอบครัวมันอบอุ่นขึ้น เมียก็ยิ้มให้ ลูกก็มาเล่นกับผม มากขึ้น มันทำให้รู้สึกว่าการเลิกเหล้ามันคุ้มค่าจริง ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ประเด็นที่ 3 การได้รับความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากบุคลากรและครอบครัว ประเด็นหลักที่ 3 ตอบ วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยสะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากพยาบาลและครอบครัวเป็นองค์ประกอบ สำคัญของโปรแกรมที่ผู้ป่วยทุกรายให้คุณค่า โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงบำบัดกับพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน (ร้อยละ 100) กล่าวถึง

ประเด็นย่อยที่ 3.1 ความสัมพันธ์เชิงบำบัดกับพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความรู้สึกว่าพยาบาลมี ทักษะที่ดีไม่ตัดสิน ให้ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างจริงใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัยที่จะแบ่งปันความรู้สึกและ ปัญหาต่าง ๆ การติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งและมีผู้เชี่ยวชาญคอยสนับสนุน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"พยาบาลไม่ได้ว่าผมว่าทำไมถึงดื่มเหล้า...แต่ถามว่ามีปัญหาอะไร มีอะไรให้ช่วยไหม...พอออกจากโรงพยาบาล แล้วก็โทรมาถามทุก 2 สัปดาห์...มันทำให้รู้สึกว่ามีคนคอยเป็นกำลังใจ ไม่ใช่ต่อสู้อยู่คนเดียว" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

การโทรติดตามหลังจำหน่ายยังทำหน้าที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยพยายามรักษาพฤติกรรมเลิกดื่ม ดังที่ ผู้ให้ข้อมูลอีกคนเล่าว่า

"พยาบาลโทรมาถาม มันทำให้รู้สึกว่ายากพยาบาลยังห่วงใย...มันเป็นแรงผลักดันให้ผมพยายามไม่ดื่ม เพราะ ไม่อยากทำให้พยาบาลผิดหวัง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากครอบครัว

การที่โปรแกรมบูรณาการครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยการให้ความรู้แก่ญาติทำให้ทัศนคติของครอบครัว เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จากเดิมที่มักตำหนิและไม่เข้าใจ กลายเป็นให้การสนับสนุนและช่วยเหลืออย่าง สร้างสรรค์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"เมื่ผมไปพึ่งพยาบาลอธิบาย 2 ครั้ง ก็เข้าใจว่าผมเป็นโรค ไม่ใช่ว่าผมอ่อนแอหรือไม่รับผิดชอบ เธอก็ช่วย เตือนเวลากินยาช่วยสังเกตอาการผม...มันทำให้ผมรู้สึกว่าครอบครัวอยู่เคียงข้างผม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายรายงานว่าสมาชิกบางคนในครอบครัวยังคงมีทัศนคติเชิงลบ ซึ่งเป็น อุปสรรคต่อการฟื้นฟู ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"พี่ชายผมไม่ค่อยเชื่อมั่นว่าเป็นโรค ยังคิดว่าผมขี้เกียจ ไม่พยายาม...มันทำให้ท้อใจบ้าง แต่ผมก็บอกตัวเอง ว่า ผมต้องทำเพื่อตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)



ประเด็นที่ 4 การพบเจออุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู ประเด็นหลักที่ 4 ตอวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 โดยสะท้อนให้เห็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนที่ผู้ป่วยพบเจอในกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่ายประกอบด้วย 2 มิติหลัก คือ อุปสรรคในการฟื้นฟู (ประเด็นย่อยที่ 4.1-4.6) และปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู (ประเด็นย่อยที่ 4.7-4.9)

อุปสรรคในการฟื้นฟู

ประเด็นย่อยที่ 4.1 สิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น การเห็นร้านขายเหล้า การมีเพื่อนชวนดื่ม และการพบกลุ่มเพื่อนเดิม เป็นอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 86.7) โดยเฉพาะในช่วงแรกของการฟื้นฟู ผู้ป่วยรับมือโดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงและใช้ข้ออ้างในการปฏิเสธเพื่อรักษาหน้าทางสังคม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"บางครั้งเพื่อนเก่าโทรมาชวนไปดื่ม ผมต้องหาข้ออ้างปฏิเสธ...ผมไม่กล้าบอกตรง ๆ ว่าผมเลิกดื่มแล้ว เพราะกลัวเพื่อนจะคิดว่าผมหยิ่ง หรือไม่เข้าสังคม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ประเด็นย่อยที่ 4.2 แรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม

ในวัฒนธรรมไทย การดื่มสุรามักเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญและงานศพ การปฏิเสธการดื่มทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกแยกออกจากกลุ่ม สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของวัฒนธรรมความเป็นชายในสังคมไทย (Thai masculinity) ที่การดื่มสุรามักถูกมองเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงความเป็นชาย

ประเด็นย่อยที่ 4.3 ตราบาปและการตีตรา

การถูกตีตราจากสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายและหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนความรู้สึกดังกล่าวเป็นแรงจูงใจในการพิสูจน์ตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"บางคนในหมู่บ้านมองผมแบบดูถูก...บอกว่าเลิกไม่ได้หรอก แปปเดียวก็กลับไปดื่มอีกแน่...แต่ก็บอกตัวเองว่าอย่าไปสนใจ ต้องพิสูจน์ให้เขาเห็นว่าผมเลิกได้" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ประเด็นย่อยที่ 4.4 ปัญหาทางเศรษฐกิจ

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีรายได้น้อย มีหนี้สิน และมีงานที่ไม่มั่นคง ความกดดันทางการเงินทำให้เกิดความเครียดและอาจกระตุ้นให้อยากดื่มเพื่อหนีปัญหา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"ผมมีหนี้เยอะ...ตอนนี้ก็ทำงานทำยาก คนไม่ค่อยจ้าง เพราะรู้ว่าผมเคยติดเหล้า บางวันก็เครียดมากจนอยากดื่ม...แต่ก็บอกตัวเองว่าถ้าดื่มปัญหาจะยิ่งแย่" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

ประเด็นย่อยที่ 4.5 ความเครียดและการเผชิญปัญหา

ความเครียดจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยังคงตึงเครียด การขาดทักษะการเผชิญปัญหา และการขาดกิจกรรมที่มีความหมาย เป็นปัจจัยกระตุ้นการกลับไปดื่มซ้ำที่สำคัญในกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นย่อยที่ 4.6 การเข้าถึงบริการสุขภาพต่อเนื่องที่จำกัด

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลพบว่าการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดเป็นภาระ และการขาดกลุ่มสนับสนุนในชุมชนทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"บ้านผมอยู่ไกล ถ้าจะมาโรงพยาบาลต้องนั่งรถประจำทาง 2 ชั่วโมง...แล้วก็ไม่มีกลุ่มอะไรในหมู่บ้านที่คนเลิกเหล้าจะมาคุยกันได้ บางทีก็รู้สึกเหงา อยากมีเพื่อนที่เข้าใจ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

ปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู

ประเด็นย่อยที่ 4.7 ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ

ความเชื่อทางพุทธศาสนาและการปฏิบัติธรรมเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) การไปวัด สวดมนต์ ทำสมาธิ และทำบุญช่วยให้จิตใจสงบและสร้างความหมายใหม่ให้กับชีวิต โดยผู้ป่วยหลายคนมองการเลิกดื่มเป็นการปฏิบัติตามศีลห้า ซึ่งสร้างแรงจูงใจที่มีรากฐานทางจิตวิญญาณ สะท้อนรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบพุทธ (Buddhist coping) ที่เป็นลักษณะเฉพาะของบริบทไทย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า



"ผมไปวัดบ่อยขึ้น ฟังพระแสดงธรรม ทำสมาธิ...พระท่านบอกว่าการดื่มสุรามันผิดศีลห้า ผมก็เลยคิดว่าการเลิกเหล้านี้มันเป็นการทำบุญ เป็นการทำความดี ผมรู้สึกหัวใจมันเบาลง มีความสุขมากขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

ประเด็นย่อยที่ 4.8 การมีงานทำและกิจกรรมที่มีความหมาย

ผู้ให้ข้อมูลที่มีงานทำหรือกิจกรรมสร้างสรรค์รายงานว่ามีโอกาสกลับไปดื่มน้อยกว่า เนื่องจากการมีสิ่งที่ทำช่วยให้มีความภูมิใจในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต และลดความเครียดทางการเงิน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"ผมเริ่มปลูกผักขายที่บ้าน...มันทำให้มีอะไรทำ ไม่ว่างจนอยากดื่ม แล้วก็รู้สึกภูมิใจที่ทำอะไรได้...บางทีลูกค้าก็ชมว่าผมเปลี่ยนไปมาก ดูสดใส มีชีวิตชีวา มันเป็นกำลังใจให้ผมมาก" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ประเด็นย่อยที่ 4.9 การเข้าถึงและการสนับสนุนจากบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถติดต่อพยาบาลได้ง่ายเมื่อมีปัญหา รู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้น การรู้ว่ามีผู้เชี่ยวชาญคอยสนับสนุนช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า

"ผมเก็บเบอร์พยาบาลไว้ พอมีปัญหาโทรไปปรึกษาได้เลย ไม่ต้องรอนัด ไม่ต้องมาโรงพยาบาล...บางครั้งแค่ได้คุยก็รู้สึกดีขึ้นแล้ว รู้สึกว่ามีคนเข้าใจ มีคนช่วย ไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 การได้รับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะติดสุรา ประเด็นนี้ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในมุมมองและความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดสุราอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการมองว่าตนเองอ่อนแอหรือขาดความพยายาม มาเป็นการยอมรับว่าภาวะติดสุราเป็นโรคทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษา ทั้งนี้เพราะโปรแกรมได้อธิบายกลไกทางชีววิทยาของภาวะติดสุรา นำเสนอข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และฝึกทักษะการสังเกตสัญญาณเตือนภัยอย่างเป็นระบบ การเปลี่ยนแปลงมุมมองดังกล่าวสอดคล้องกับ Disease Model of Addiction ที่มองว่าการติดสารเสพติดเป็นโรคทางสมองเรื้อรัง (chronic brain disease) ที่มีพื้นฐานทางชีววิทยา ไม่ใช่เพียงความล้มเหลวทางศีลธรรม (Leshner, 1997) เมื่อผู้ป่วยยอมรับกรอบความคิดนี้ ความรู้สึกผิดและตราบาปที่ผู้ป่วยมักประสบจึงลดลง ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะของตนเองและแนวทางการรักษา (Incze et al., 2024) การขาดความเข้าใจเรื่องโรคเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกลับเข้ารับการรักษา (Ruiz-Tagle Maturana et al., 2025) ที่ระบุไว้ว่านอกจากนี้ การที่พยาบาลนำเสนอข้อมูลผลกระทบของการดื่มสุราอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ภาพถ่ายอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ช่วยสร้างแรงจูงใจจากความกลัว (fear-based motivation) ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับ Motivational Theory of Change ที่ระบุว่าความรู้ถึงความเสี่ยงของผลที่ตามมาเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Miller & Rollnick, 2013) และการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้สัญญาณเตือนภัยสอดคล้องกับ Relapse Prevention Theory (Marlatt & Gordon, 1985) ที่ระบุว่าความรู้สัญญาณเตือนภัยและการมีแผนรับมือล่วงหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางส่วนรายงานว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงแรกมีมากเกินไป ซ้ำให้ถึงจนจำเป็นการปรับการให้ความรู้ให้สอดคล้องกับความสามารถด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย (Nutbeam, 2008)

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง ประเด็นนี้ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเป็นรูปธรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ การรับรู้และจัดการสัญญาณเตือนภัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ทั้งนี้เพราะโปรแกรมไม่เพียงให้ความรู้เท่านั้น แต่ยังฝึกทักษะเชิงปฏิบัติและมอบเครื่องมือที่เป็นรูปธรรม เช่น สมุดบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาของตนเอง การสนับสนุนการใช้ยาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายช่วยเพิ่มอัตราการรักษาดูแลและลดการกลับมารักษาซ้ำ (Smith et al., 2021) และสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเอง (Corbin & Strauss, 1988) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับการพัฒนาทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการโรค การจัดการบทบาท และการจัดการอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมนี้อบรมครอบคลุมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการวางแผนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแล

ในส่วนของการรับรู้และการจัดการสัญญาณเตือนภัย การที่ผู้ป่วยสามารถนำกลยุทธ์ต่าง ๆ ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันสะท้อนถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ นอกจากนี้ (Abiri et al., 2024) สอดคล้องกับ Self-Efficacy Theory (Bandura, 1997) ที่ระบุว่า การฝึกทักษะจากประสบการณ์จริง ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่ผู้ป่วย ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางศาสนาที่มองการฟื้นฟูเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เน้นการฟื้นคืนคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ไม่ใช่เพียงการหยุดติ่ม (White, 2007) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ยังช่วยสร้างอัตลักษณ์ใหม่ที่พึ่งพาสุราเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูระยะยาว อย่างไรก็ตามการดำเนินการเหล่านี้ต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมากกว่าคำแนะนำเพียงอย่างเดียว (Incze et al., 2025)

ประเด็นที่ 3 การได้รับความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากบุคลากรและครอบครัว ประเด็นนี้ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 โดยแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากพยาบาลและครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่ผู้ป่วยทุกรายให้คุณค่ามากที่สุดโปรแกรม โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงบำบัดกับพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ทั้งนี้เพราะการที่พยาบาลแสดงทัศนคติที่ไม่ตัดสิน ให้ความเอาใจใส่อย่างจริงจัง และติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและไม่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ผลการวิจัยด้านความสัมพันธ์เชิงบำบัด พบว่าผู้ป่วยต้องการความสัมพันธ์เชิงบำบัดที่มีความเคารพและปราศจากการตัดสิน (Incze et al., 2024) นอกจากนี้ยังสะท้อนหลักการของ Therapeutic Alliance ที่เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (Meier et al., 2005) บทบาทของพยาบาลในการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดสะท้อนถึงความสำคัญของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยการที่พยาบาลถามว่า "มีปัญหอะไร มีอะไรให้ช่วยไหม" แทนการตำหนิหรือสั่งสอน (James et al., 2023) เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการส่งเสริมแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย และการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คุณค่าการโดยการดูแลต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิผล ในส่วนของการสนับสนุนจากครอบครัวการที่โปรแกรมบูรณาการครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเปลี่ยนทัศนคติของญาติจากการตำหนิเป็นการสนับสนุนสะท้อนให้เห็นบทบาทสำคัญของครอบครัวในฐานะแหล่งสนับสนุนหลักในวัฒนธรรมไทย ซึ่งแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่อาจเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลมากกว่า การที่ผู้ป่วยบางส่วนประสบกับทัศนคติเชิงลบจากสมาชิกในครอบครัวชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ญาติอาจต้องมีความเข้มข้นต่อเนื่องมากกว่าที่เป็นอยู่ (Suzuki et al., 2023)

ประเด็นที่ 4 การพบเจออุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู ประเด็นนี้ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 โดยแสดงให้เห็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนที่ผู้ป่วยพบเจอในกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สะท้อนบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทยอย่างชัดเจน อุปสรรคในการฟื้นฟู สิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น การเห็นร้านขายเหล้าและการพบเพื่อนที่ติ่ม เป็นปัจจัยกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญ อธิบายว่าสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมสามารถกระตุ้นความอยากและพฤติกรรมที่เรียนรู้มาได้ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยสามารถระบุและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ได้สะท้อนถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโปรแกรมแรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรมถือเป็นอุปสรรคเฉพาะบริบทที่โดดเด่นในการวิจัยครั้งนี้ ในวัฒนธรรมไทยที่การติ่มสุรามักเป็นส่วนหนึ่งของงานบุญและงานศพ การปฏิเสธการติ่มไม่เพียงแต่ขัดแย้งกับบรรทัดฐานของกลุ่มเท่านั้น แต่ยังอาจถูกมองว่าปฏิเสธความสัมพันธ์ทางสังคม สะท้อนบทบาทของวัฒนธรรมความเป็นชายในสังคมไทย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในบริบทตะวันตก แม้จะมีความคล้ายคลึงบางประการกับการศึกษาในบริบทละตินอเมริกา (Ruiz-Tagle Maturana et al., 2025) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การรับมือที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การฝึกทักษะการปฏิเสธการติ่มโดยไม่เสียหน้า トラบาปและการติตราทางสังคมเป็นอุปสรรคที่มีความซับซ้อนในบริบทไทย โดยเกี่ยวพันกับบรรทัดฐานชุมชนที่มองว่าภาวะติดสุราเป็นความล้มเหลวส่วนบุคคล ไม่ใช่โรคทางการแพทย์ การトラบาปทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญในการกลับมารักษาและการบูรณาการกลับเข้าสู่ชุมชน ปัญหาทางเศรษฐกิจสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Mukula et al., 2025)

พบว่ากับผลลัพธ์การรักษามีอิทธิพลต่อรูปแบบการติดตามดูแลและการกลับมารักษาซ้ำ และความเครียดที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ซึ่ง (Mukula et al., 2025) การขาดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดเป็นกลไกการรับมือ การขาดกลุ่มสนับสนุนในชุมชนและอุปสรรคด้านการเดินทางชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาบริการสนับสนุนระดับชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย (Lazarus & Folkman, 1984)

ปัจจัยสนับสนุนในการฟื้นฟู ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อการฟื้นฟูประกอบด้วย ความเชื่อทางพุทธศาสนาและการปฏิบัติธรรม การมีงานทำหรือกิจกรรมที่มีความหมาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่ม มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความวิตกกังวลในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย โดยเฉพาะการปฏิบัติธรรม เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ และการไปวัด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบทางจิตใจและใช้เป็นแนวทางในการควบคุมตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Buddhist coping และการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติทางจิตวิญญาณควบคู่กับสุขภาพกายและจิตใจ นอกจากนี้ การมีงานทำและกิจกรรมที่มีความหมายยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความภาคภูมิใจในตนเอง ขณะที่การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและไม่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ผลการวิจัยทั้ง 4 ประเด็นชี้ให้เห็นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ดังนี้ 1) โปรแกรมควรรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมการสนับสนุนในระดับชุมชน โดยพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน ระบบผู้สนับสนุนการฟื้นฟูแบบเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและโรงพยาบาลที่ใช้กลยุทธ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่ครอบคลุมและหลากหลายมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า 2) โปรแกรมควรบูรณาการบริบทวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของสังคมไทยอย่างชัดเจน ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา การฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มโดยไม่เสียหน้า การดำเนินโปรแกรมการศึกษาชุมชนเพื่อลดตราบาป และการประสานงานกับพระสงฆ์ในฐานะแหล่งสนับสนุน (Krawczyk et al., 2023) และการปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทและประชากรที่แตกต่างกัน และ 3) ควรเสริมสร้างบทบาทของพยาบาลในการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยพัฒนาทักษะ Therapeutic Alliance, Motivational Interviewing และ Relapse Prevention Counseling พร้อมพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับบริการสุขภาพชุมชน (Balmuth et al., 2024)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลและการปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลควรพัฒนาทักษะ Therapeutic Alliance, Motivational Interviewing และ Relapse Prevention Counseling เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดที่ไม่ตัดสิน เสริมสร้างแรงจูงใจภายใน และฝึกทักษะการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย รวมทั้งปรับการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับความสามารถด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ผู้บริหารควรสนับสนุนการดำเนินโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับบริการสุขภาพชุมชนและจัดตั้งระบบผู้สนับสนุนการฟื้นฟูแบบเพื่อนช่วยเพื่อนพร้อมพัฒนากลไกการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านชุมชนและสังคม ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน ดำเนินโปรแกรมการศึกษาชุมชนเพื่อลดตราบาป และบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณตามแนวทางพุทธศาสนาเข้ากับโปรแกรมการดูแล โดยประสานงานกับพระสงฆ์และองค์กรทางศาสนาในฐานะแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ควรศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมืองและชนบท ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชร่วม และโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่มีสัดส่วนน้อยในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากอาจมีประสบการณ์ด้านตราบาปและอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาที่แตกต่างจากเพศชาย เพื่อปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ



2. การศึกษาติดตามผลระยะยาวและประสบการณ์ครอบครัว ควรติดตามผลเกินกว่า 90 วัน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของผลกระทบจากโปรแกรม รวมทั้งศึกษาประสบการณ์และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยอย่างเจาะลึกและบทบาทของปัจจัยทางวัฒนธรรมและพลวัตของครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูในระยะยาว

3. การศึกษาในอนาคตควรทดสอบประสิทธิผลของระบบ Peer Recovery Coach ในบริบทไทย บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telehealth และแอปพลิเคชันติดตามอาการ ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

- Abiri, P., Jeong, I. S. D., Verdell, A., Shah, S., Entabi, R., & Nguyen, H. (2024). Developing a discharge planning workflow for patients hospitalized with alcohol use disorder using a user-centered approach: A qualitative study. *PLOS ONE*, 19, e0306066. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306066>
- Balmuth, E. A., Iyer, S., Scales, D. A., & Avery, J. (2024). Perspectives and recommendations from hospitalized patients with substance use disorders: A qualitative study. *Journal of general internal medicine*, 39(11), 2087-2096. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08745-3>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). Oxford University Press.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. Jossey-Bass.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2024). *Statistics report on psychiatric patients*. Ministry of Public Health.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology* (D. Carr, Trans.). Northwestern University Press.
- Incze, M. A., Kelley, A. T., James, H., Nolan, S., Stofko, A., Fordham, C., & Gordon, A. J. (2024). Post-hospitalization care transition strategies for patients with substance use disorders: a narrative review and taxonomy. *Journal of general internal medicine*, 39(5), 837-846. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08670-5>
- Incze, M. A., Anderson, T., Hansen, A. M., Szczotka, K., Stolebarger, L., Tuckett, S., ... & Zickmund, S. (2025). “They Don’t Just Need a Handshake or a Handoff, They Need a Hug”: A Qualitative Assessment of the Care Transition Experience of Patients with Substance Use Disorders After Hospital Discharge: Incze et al. *Journal of General Internal Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09614-3>
- James, H., Morgan, J., Ti, L., & Nolan, S. (2023). Transitions in care between hospital and community settings for individuals with a substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 243, 109763. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109763>
- Kirchoff, R. W., Mohammed, N. M., McHugh, J., Markota, M., Kingsley, T., Leung, J., Burton, M. C., & Chaudhary, R. (2021). Naltrexone Initiation in the Inpatient Setting for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review of Clinical Outcomes. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 5(2), 495–501. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2021.01.013>

- Krawczyk, N., Rivera, B. D., Chang, J. E., Grivel, M., Chen, Y. H., Nagappala, S., ... & McNeely, J. (2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: a scoping review and typology. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00422-w>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.
- Leung, J. G., Narayanan, P. P., Markota, M., Miller, N. E., Philbrick, K. L., Burton, M. C., & Kirchoff, R. W. (2022). Assessing naltrexone prescribing and barriers to initiation for alcohol use disorder: A multidisciplinary, multisite survey. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 856938. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856938>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.
- Mukula, H. M., Ndeezi, M., Opondo, H., Ouma, S., & Musanje, K. (2025). Experiences of reintegration, relapse, and readmission: a qualitative study among patients with alcohol use disorder in Uganda. *Frontiers in Public Health*, 13, 1612634. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1612634>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ruiz-Tagle Maturana, J., Rocha-Jiménez, T., & Castillo-Carniglia, Á. (2025). Understanding readmission to substance use disorder treatment in Chile: a mixed-method study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 51(6), 826–837. <https://doi.org/10.1080/00952990.2025.2544655>
- Smith, A., Hansen, J., & Colvard, M. (2021). Impact of a pharmacist-led substance use disorder transitions of care clinic on post discharge medication treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 108440. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108440>
- Ssentongo, P., Nunez, J., Dissinger, D., & Bali, B. (2025). Rates and factors for 30-day readmission in patients with substance use disorders during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1654157. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1654157>
- Suzuki, J., Loguidice, F., Prostko, S., Szpak, V., Sharma, S., Vercollone, L., Garner, C., & Ahern, D. (2023). A digitally assisted peer recovery coach to facilitate linkage to outpatient treatment following inpatient alcohol withdrawal treatment: A proof-of-concept pilot study. *JMIR Formative Research*, 7(1), e43304. <https://doi.org/10.2196/43304>
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้าน การพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข เป็นวารสารราย หกเดือน หรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข ครอบคลุมประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) บทความทุกบทความจะผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบันที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะ การดำเนินการปกปิดชื่อของผู้วิจัย แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ (Double blinded) จำนวน 3 ท่าน โดยบรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงก่อน 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 การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลาย

ขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (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) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ 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 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น ๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลาย ๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่น ๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่น ๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้น ๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่น่าสนใจจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

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. ชื่อผู้พิมพ์ โดยให้ระบุชื่อ-นามสกุลเต็มของผู้พิมพ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยนั้นโดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ขนาดตัวอักษร TH SarabunPSK 16 ระบุ สถานที่ทำงาน (Affiliation) หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันและจังหวัดให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละ สังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด*, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้น ๆ

2.1 ชื่อผู้พิมพ์ 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 และตัวเลข กำกับตัวยก (1) เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author), อีเมล (E-mail Address) : ให้ใส่เฉพาะ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

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 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมาย ของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นใน การศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวาง พื้นฐานไว้ในส่วนนี้

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)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย ซึ่งการวิจัยที่ดีพึงมีในวารสารวิชาการสุขภาพ ภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุ ว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ วิจัยดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของ การวิจัย

10. ผลการวิจัย แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้น ๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11. อภิปรายผล เป็นการให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับผลการศึกษาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย รวมทั้งควรให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

12. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

13. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

14. 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., Rawiworrakul, 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 098-2523191
 email: johssjournal@gmail.com
<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>

Journal of Health Scholarship

JOHSS

BOROMAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG

