

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) 2568 Volume 48 No.2 (April-June) 2025



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

สร้างสุขภาวะการทำงานแก่พยาบาล คือการสร้างผลลัพธ์ความสุขของประชาชน

ในวาระที่วารสารฉบับนี้ มีกำหนดการให้ปรากฏสู่สายตาผู้อ่าน ในช่วงที่มีวันหยุดมากมายของปฏิทิน บทบรรณาธิการฉบับนี้ ในฐานะเป็นกลไกหนึ่งของสถาบัน ที่ดำเนินการผลิตพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับ ขออุทิศพื้นที่แด่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติภาระงานทุกท่าน ที่ผ่านมากลุ่มแกนนำพยาบาลไทยได้ให้ข้อมูลว่า พยาบาลลาออกมาก เฉลี่ยกว่า 7,000 คน ในปีที่ผ่านมา ต้องดูแลประชากร สัดส่วน 1 ต่อ 406 คน พยาบาลต้องขึ้นเวรทำงาน เกิน 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภาพปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นที่ตระหนักกันว่า พยาบาลเป็นบุคลากรในระบบสุขภาพ ที่มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างยิ่ง ต้องเผชิญกับความเหลื่อมล้ำ ในด้านชีวิตการทำงาน สวัสดิการ และค่าตอบแทน ที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน รวมถึงการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่น่าอภิรมย์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของพยาบาลโดยตรง มีความเสี่ยงที่ต้องเผชิญต่าง ๆ ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม ด้วยภาระงานที่หนัก เป็นผลให้พยาบาลไม่สามารถลาพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ เมื่อต้องการพัฒนาตนเอง โดยการเข้ารับการอบรม สัมมนาหรือศึกษาต่อ เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะ มีความจำกัดหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง นอกจากนี้ ยังมี ความเสี่ยงต่อสุขภาพและอุบัติเหตุ เพราะพยาบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ สัมผัสสารเคมีอันตราย รังสี และอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน การยกของหนัก การยืน และเดินเป็นเวลานาน จนนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อเรื้อรังได้ มีพยาบาลจำนวนหนึ่ง ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันจากภาระงานที่มาก ต้องแบกรับความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การให้ยา การทำหัตถการ และการตัดสินใจทางการแพทย์ ซึ่งมีความเสี่ยงทางกฎหมายและจริยธรรมสูง อาทิ จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มกำลัง ความคาดหวังจากผู้ป่วยและญาติ ต้องทำงานเป็นเวรที่มีเวลาที่ไม่แน่นอน และความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันสูง ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีวงจรชีวิต สุขภาพ และความสัมพันธ์ส่วนตัว การเผชิญกับความรุนแรงทางวาจา หรือทางกายภาพ จากผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน และความไม่เป็นธรรมเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการทำงานของพยาบาล นำไปสู่ภาวะหมดไฟจน ตัดสินใจลาออก ทำให้ขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในระยะยาว ดังนั้น การแก้ไขปัญหาคือความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ จึงจำเป็นและเร่งด่วนอย่างยิ่ง ในการเสริมสร้างระบบบุคลากรสุขภาพไทยให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน

ช่วงต้นเดือนเมษายนที่ผ่านมา ผู้เขียนมีโอกาสได้ไปเยือนเชียงใหม่ และขณะที่นั่งพักที่ริมแม่น้ำจวงผู้ ได้พูดคุยกับ นักศึกษาแพทย์ปี 3 ของที่นั่น เรื่องเกี่ยวกับแม่น้ำสายสำคัญนี้เขาบอกว่า อาจารย์เขาเปรียบคนทำงานสุขภาพ เป็นเหมือน หยดน้ำที่เติมเต็มสายน้ำในแม่น้ำให้เต็ม เป็นทรัพยากรสำคัญของชาติ ที่ช่วยขับเคลื่อนชาติและผู้คนให้ก้าวหน้าและอยู่ดีมีสุข ผู้เขียนจึงขอยืมความคิดนี้ มานำเสนอที่อุปมาว่า ระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเสมือน “แม่น้ำสายใหญ่” ที่หล่อเลี้ยงชีวิตของทุกคนในสังคม คนทำงานในระบบที่ดูแลสุขภาพก็เหมือน “สายน้ำ” ที่หลากหลาย ทั้งแพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน ท่ามกลางสายน้ำเหล่านี้ “พยาบาล” อาจเป็นเพียง “หยดน้ำเล็ก ๆ” หากแต่ถ้า เป็นหยดน้ำที่อยู่ดูแลประชาชนมากที่สุด หยดน้ำนี้ให้ความรู้สึกปลอดภัย ยามเจ็บไข้ ทั้งยามหลับและตื่น หยดน้ำนี้อยู่เคียงข้างประชาชนทั้งในโรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ และที่บ้านในชุมชน เป็นผู้ประคับประคองให้สายน้ำไม่หยุดนิ่ง และไม่แห้งเหือดไปด้วยความเหลื่อมล้ำของระบบ ทุกหยดน้ำรวมกันกลายเป็นมวลน้ำในสายน้ำใหญ่นี้ มีบทบาทเฉพาะที่ขาดไม่ได้เลย เพราะน้ำทุกหยด คือ ชีวิต หากเหือดแห้งไปย่อมทำให้การไหลสะดวก ต้องไหลอย่างสมดุล เป็นธรรม จึงจะก่อให้เกิดความผาสุกในสังคม ดังนั้น ต้องจัดสรรทรัพยากรอย่าง 1) สมดุล และ ใช้งานในภาระที่เหมาะสม 2) เป็นธรรมเท่าเทียม 3) ให้มีความผาสุกของพยาบาล เพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะ คือ การมีชีวิตที่มีคุณค่า พยาบาลเป็นผู้ดูแลหน้า ในการดูแลประชาชนสามารถเป็นผู้จุดประกายความหวัง ศรัทธาแก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เพื่อให้แม่น้ำสายนี้ชุ่มชื้น เย็นใจ และก่อให้เกิด “ความผาสุกของสังคมที่ยั่งยืน” และแม่น้ำสายนี้ มีต้นน้ำมาจากนโยบายระดับชาติ การกำหนดแนวทางบริการสุขภาพ การรักษาบุคลากรไว้ในระบบ ตลอดจนวิถีชีวิตของทุกคนในสังคม ปลายน้ำ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

**แต่มวลน้ำทุกหยดหยาดไม่ขาดหาย
ขอนโยบายคลายเดือดเหือดทุกหยด
ให้เป็นธรรมคำจูงใจให้อยู่เย็น
ให้เจกเช่นเพื่อนร่วมรบร่วมคูลูกงาน...สารเท่าเทียม**

**ศาสตราจารย์ ดร.พว. ดารุณี จงอุดมการณ์
บรรณาธิการ**

Fostering a healthy work environment for nurses leads to greater people's well-Being

As this issue of the journal is scheduled for publication during a period filled with public holidays, this editorial—serving as one of the mechanisms of an institution responsible for producing professional nurses at all levels—would like to dedicate this space to all frontline professional nurses. According to information provided by leading groups of Thai nurses, more than 7,000 nurses resigned in the past year alone. On average, each nurse is responsible for caring for 406 people. Many nurses work over 80 hours per week. These figures highlight the widely acknowledged reality that nurses are key personnel in the healthcare system, yet they continue to face significant disparities in their working lives. These disparities include inadequate welfare and compensation that do not align with their workload or with the current economic conditions, as well as exposure to unpleasant and unsafe working environments. These issues directly affect nurses' quality of life and well-being. They face unfair compensation, excessive workloads, and insufficient opportunities for rest and recovery, all of which take a toll on their physical and mental health. When nurses seek opportunities for professional development—such as attending training, seminars, or pursuing further education—they often encounter limitations or must pay out of pocket. In addition, nurses face health risks and occupational hazards, including exposure to infectious diseases, hazardous chemicals, radiation, and physical injuries from heavy lifting, prolonged standing, and walking, which can lead to chronic musculoskeletal problems. Several nurses also suffer from stress and pressure due to their overwhelming responsibilities, such as close patient monitoring, medication administration, performing medical procedures, and making high-stakes clinical decisions—all of which carry serious legal and ethical implications. They often face excessive patient loads, high expectations from patients and their families, irregular working hours, and the immense responsibility of safeguarding patients' lives. These factors are major sources of stress and psychological strain. Irregular shifts work also disrupts nurses' life cycles, health, and personal relationships. Moreover, verbal or physical violence from patients, relatives, or even colleagues further threaten their workplace safety. All these injustices inevitably affect nurses' morale and motivation, leading to burnout and, ultimately, decisions to leave the profession. This contributes to the shortage of nursing personnel, with long-term consequences for the overall healthcare system. Therefore, addressing these inequalities is both essential and urgent to strengthen and sustain Thailand's health workforce system.

Earlier this April, I had the opportunity to visit Shanghai. While resting by the Huangpu River, I had a conversation with a third-year medical student there about the significance of this important river. She told me that her professor once compared healthcare professionals to droplets of water that fill and sustain the river—vital national resources that drive the country forward and contribute to the well-being of its people. Inspired by this idea, I would like to borrow this metaphor to describe the healthcare system as a "great river" that nourishes the lives of people in society. Those working within the healthcare team are like the diverse streams that feed into this river—physicians, pharmacists, medical technologists, nurses, support staff, caregivers, and community members. Among these streams, nurses may be just "small droplets," yet they are the ones who stay closest to the people, providing the most continuous care. These droplets offer a sense of safety during times of illness—both in moments of rest and wakefulness. They are present in hospitals, health centers, and in people's homes within communities. Nurses help keep the river flowing, ensuring it does not run dry due to inequalities in the system. Every droplet combines to form the collective current of this great river, each playing an indispensable role—because every drop is life. If the water runs dry, the flow is interrupted. It must flow in a balanced and just way to bring true well-being to society. Therefore, resource allocation must be: 1) Balanced – with appropriate workloads and responsibilities, 2) Equitable – providing fairness and equal access, and 3) Focused on the well-being of nurses to create a society that is healthy and flourishing—a life of value. Nurses, as frontline workers in public health, have the potential to spark hope and restore faith for clients, patients, families, and communities. They help make this river full, cool, and nourishing, leading to a society with sustainable well-being. This river originates from national-level policies, healthcare service planning, workforce retention strategies, and the way of life of the people. Its downstream flows into the holistic health of individuals, families, and society.

To every drop of water that never runs out,

Request a policy to ease the suffering out.

Let it be justice to support the heart to be at peace,

Let it be like a comrade in arms and work together...equal substance, please!

Professor Darunee Jongudomkarn, RN, Ph.D.

Editor

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2568

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความรับเชิญ

38 ปีแห่งการสะท้อนมรดกทางวิชาการและการยุติการผลิตในประเทศไทย: บันทึกประวัติศาสตร์การสอน
ระดับปริญญาโททางการพยาบาลครอบครัว (2530-2568)
ดาร์ณี จงอุดมการณ์ 1

บทความวิจัย

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์
ในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล 14

จุฑพร กั้วศรี นิตยา พันธงาม นิลุบล รุจิรประเสริฐ สมจิตร เมืองพล จิฎฐิ สังวรวงษ์พนา

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ต่อความรู้ ทักษะ
และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงนมในหญิงตั้งครรภ์แรก 28

ณชพัฒน์ จินหลักร้อย ชุตินา บุณรณิต อัจฉโรบล แสงประเสริฐ

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน จังหวัดชัยภูมิ 42

อนุชิตา เอ็มโนทอง นิศาชล บุบผา ณัฐชนันท์ วงศ์ชาติ

ผลของการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟ (V-Shape) ต่อความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง
ปรางค์ แสงคง หนึ่งนุช ฐปัญญา รัตนดาวรรณ คลังกลาง เบญจพร จิตินาณวิโรจน์ 59

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอติดแบบไม่มีอาการ 73

ทิปกร บุญลือชา จอนพะจง เพ็งจาด

ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด
ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย 85

วະนิชดา มาตย์สุด ณัฐพงษ์ สาจันทร์ สาวินี เจริญชัยว พาริชาติ วงศ์ก้อม
ณรงชัย วงศ์กลกิจศิลป์ เสาวภา จิมหลวง

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอาการผิดปกติทางระบบประสาท
ส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดแบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้อาเคมีบำบัดสูตรฟอกซ์
ชนาดา เจริญแหลม มณิดา แสงเรืองเอก บุษบา สมใจวงษ์ 99

การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 113

กรรณิกา สุวรรณ สุทิดา รักขาว วลัยลักษณ์ สิกธิบรรณ จิรา แก้วดำ วริศรา สิววัฒน์

การจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสลภูมิ
ศิริภา ราษฎร์ชัย ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ เสาวคนธ์ วีระศิริ 129

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
ที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก
ดรุณี ศรีจันทร์ทอง วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ ไพจิตร พุทธรอด 147

ผลของการใช้แอปพลิเคชันหนังสือการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ 163

การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง

สุพันธ์ อุ่นใจ บุษบา สมใจวงษ์ สุขุมล หอมวิเศษวงศา วิภาวดีโพธิ์สภา ณัฏฐา พุฒิตามิน
จินตนา สุวิภาส

การวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้การกระจายอำนาจ
สู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด 593 Model
จิตติมา พาณิชกิจ นิธิรุจน์ เพ็ชรสินเดชากุล กาญจนา เอี่ยมอักษร 179

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

195

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 48 Number 2 April - June 2025

Editorial

The column: An invited article

- 38 years of reflecting academic heritage and the discontinuation of production in Thailand: A teaching historical record of master's degree in family nursing (1987-2025) 1
Darunee Jongudomkarn

Research Articles

- The effect of simulation-based learning on nursing students' perceived self-efficacy in intrapartum care 14
Jatuporn Kuasri Nittaya Panngam Nilubon Rujiraprasert Somjit Meungpin Thiti Sungworawongpana
- The effects of a breastfeeding promotion program in antenatal clinics on knowledge, attitudes, and nipple problem-solving skills among primigravida women 28
Nachaphat Jeenlakkaroy Chutima Buranathanit Atcharobol Saengprasert
- The development of nursing innovation "promotion, prevention, protection board game (Triple P Board Game)" for unintended pregnancy prevention in children and youth in Chaiyaphum province 42
Anuchida Hemnonthong Nisachon Bubpa Nadchanan Wongchalee
- Effects of V-Shape health literacy media on knowledge, belief, and self-care behaviors among patients with diabetes mellitus and hypertension complicated by chronic kidney disease 59
Pranee Saedkong Nungnuch Rupunya Ratdawan Klungklang Benjaporn Thitiyanviroj
- Factors related to intention to perform stroke prevention behaviors among Persons with asymptomatic extracranial carotid artery stenosis 73
Teepakorn Boonluecha Johnphajong Phengjard
- Effect of preoperative preparatory information on anxiety and procedural adherence among patients undergoing permanent vascular access at a tertiary hospital in Northeastern Thailand 85
Vanichada Matsud Natthapong Sachan Sawinee Jekphukhiao Parichat Wonggom Narongchai Wongkonkitsin Saowapa Chimluang
- Effects of an exercise program on perceived self-efficacy and chronic chemotherapy induced peripheral neuropathy among cancer patients receiving FOLFOX chemotherapy 99
Chayada Chiablaem Monthida Sangruangake Busaba Somjaivong
- Development of a model for prevention and control of hypertension and stroke in urban areas of Surat Thani Province 113
Kannika Suwanna Sutisa Rakkhao Walailuck Sittibun Jira Kaewdam Warisara Sikiwat
- Management of family with stroke patients admitted at Selaphum hospital 129
Sirinapa Ranmechai Ladawan Panpanit Saovakon Virasiri
- Effects of a case management with family participation program in caring for uncontrolled diabetes mellitus older adults with comorbidities on health care behavior and clinical outcomes 147
Darunee Srijunthong Wararat Tiparat Pajit Putharod
- Effectiveness of using nursing book application for preparing clinical practice among nursing students in a university 163
Supan Unjai Busaba Somjaivong Sukuman Homvisetvongsa Wiphawadee Potisopha Nichapatr Phutthikhamin Chintana Suwittawat
- Policy analysis of prevention and control focuses on the decentralization to the provincial administrative organization (PAO) in region 3 according to 593 model concept 179
Jittima Panitchakit Nithiruj Phetsindechakul Kanjana Iamaksorn

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

195

38 ปี แห่งการสะท้อนมรดกทางวิชาการและการยุติการผลิตในประเทศไทย: บันทึกประวัติศาสตร์การสอนระดับปริญญาโททางการพยาบาลครอบครัว (2530-2568)

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.*

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งนำเสนอการบันทึกประวัติศาสตร์ การจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและเวชปฏิบัติครอบครัวของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นแห่งแรกและแห่งสุดท้ายของประเทศที่จัดการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิชานี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2530-2568 นาน 38 ปี เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความสำคัญของความเป็น “ครอบครัว” ในโลกทัศน์ตะวันออก 2) พลวัตการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชา 3) การบ่มเพาะกล้าของหลักสูตรฯ: ความจำเพาะที่มีอยู่ 4) เสียงสะท้อนจากผู้เรียนจบในหลักสูตร 5) ประโยชน์ของหลักสูตรต่อสุขภาพครอบครัว สังคม ประเทศชาติที่จะสูญหาย 6) การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาพรวมหลักสูตรการพยาบาลครอบครัวกับการพยาบาลบุคคล (เด็ก มารดา ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) ในครอบครัว และการพยาบาลชุมชน 7) การก่อกำเนิด ดำรงอยู่ และย่างก้าวของศิษย์เก่าพยาบาลครอบครัวในหน่วยงาน และ 8) บทส่งท้ายและทางออก

ทั้งนี้ องค์กรวิชาชีพมีประกาศเป็นทางการถึงการไม่สนับสนุนการผลิตหลักสูตรอื่น ๆ ที่อยู่นอกรายการระบุ รวมถึงการผลิตพยาบาลที่ดูแลครอบครัวเป็นการจำเพาะยอมส่งผลกระทบต่อสถาบันผู้ผลิตในการรับรองหลักสูตรและความก้าวหน้าทางวิชาชีพของผู้จบหลักสูตรฯ ในขณะที่ยุทธศาสตร์ชาติและสากล ระบุถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลตนเองในทุกระยะของการเจ็บป่วย จึงนำมาสู่การยุติการผลิตและอาจนำมา ซึ่งความเสียหายจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว และคุณภาพการดูแลสุขภาพของครอบครัวในระยะยาว รวมถึงสถาบันการศึกษาอาจประสบปัญหาขาดแคลนอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ทรัพยากร ในการเรียนการสอนและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในอนาคต

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา การพยาบาลครอบครัว การพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว การศึกษาทางการพยาบาล ยุติการสอนหลักสูตรปริญญาโททางการพยาบาลครอบครัว ในประเทศไทย

วันที่รับบทความ 20 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 15 พฤษภาคม 2568

*ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล darjon@kku.ac.th

38 years of reflecting academic heritage and the discontinuation of production in Thailand: A teaching historical record of master's degree in family nursing (1987–2025)

Darunee Jongudomkarn Ph.D.*

Abstract

This invited article aims to present a historical record of graduate education in the Master of Nursing Science program in family nursing and family nurse practitioners at the faculty of nursing, Khon Kaen University. This program, the first and last place in the country, has been offered for 38 years, from 1987 to 2025. The content includes: 1) The importance of “family” in the Eastern worldviews. 2) The dynamics of teaching and learning in this program. 3) The unique characteristics of curriculum development and its distinctive elements. 4) Reflections from graduates of the program. 5) The potential loss of benefits to family health, society, and the nation due to the program's discontinuation. 6) A comparison between family nursing education and individual-focused nursing (e.g. pediatric, maternal, adult, and geriatric nursing) within the family context, as well as community nursing. 7) The emergence, existence, and professional journey of alumni specializing in family nursing. And 8) A conclusion and potential solutions.

The professional regulatory body has officially announced its decision not to support the establishment of new programs outside the designated curriculum framework. The discontinuation of this specialized family nursing program is expected to impact curriculum accreditation and the professional advancement of its graduates. Meanwhile, both national and global strategies emphasize the importance of enhancing family capacity for self-care throughout all stages of illness. The program's termination may lead to a shortage of experts in family nursing, potentially affecting the quality of family healthcare in the long term. Furthermore, academic institutions may face challenges such as a lack of expert faculty, knowledge development, resources for teaching and learning, and other related concerns in the future.

keywords: graduate teaching and learning management; family nursing; family nurse practitioners; nursing education; teaching discontinuation of master's degree of family nursing in Thailand

Received 20 April 2025, Revised 1 May 2025, Accepted 15 May 2025

*Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
Email: darjon@kku.ac.th

ความสำคัญของความเป็น “ครอบครัว” ในโลกทัศน์ตะวันออก

“อันความเก๋ คั่นบ่อเว่มนันสิลิม”

ข้างต้น เป็น “ผญา” อีสานที่บ่งบอกถึงความจำเป็นว่า เมื่อเราผ่านกาลเวลามาระยะหนึ่ง เราควรลอง จด บันทึก ความทรงจำที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการถอดบทเรียนสำหรับคนรุ่นหลังต่อไป เพราะเป็นการบันทึกที่ผ่านมาของอดีตที่อาจเป็นอนาคตที่ต้องการแสวงหาข้อมูลของหลายคน แม้ว่า...ปรากฏการณ์เหล่านั้น อาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกได้ว่า “ประสบความสำเร็จ” หรือ “ผิดหวังและล้มเหลว” ก็ตาม... แต่สิ่งที่คณาจารย์ทั้งในและนอกสาขาวิชาฯ ร่วมดำเนินการตลอดระยะเวลา 38 ปี คือ “ของจริง” อาทิ การสอนภาคทฤษฎี การสอนภาคปฏิบัติ การให้ข้อเสนอแนะการดูแลทางคลินิกนับหมื่นชั่วโมงให้กับผู้เรียน การตรวจงานต่าง ๆ ในการจัดการเรียนการสอน รวมถึงการปฏิบัติการร่วมกับผู้เรียนทั้งใน และเสริมหลักสูตร สิ่งเหล่านี้ล้วนต้องอาศัยความมุ่งมั่นทุ่มเทอย่างแน่วแน่ของคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว จึงเข้ากับคำกล่าวที่ว่า “อนาคตย่อมมีสิ่งให้จดจำ ล้วนจากสิ่งกระทำในวันวาน” ถ้าเมื่อวานไม่ได้รับอะไร พรุ่งนี้ก็ไม่มีอะไรให้คนได้จดจำและทำตาม!

วาทกรรมของมนุษยชาติที่เราได้ยินกันเสมอ คือ ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญของสังคม เป็นแหล่งฟูมฟัก เลี้ยงดู เป็นแบบอย่างให้พลเมืองที่กำลังเติบโตกระทำตาม คือ ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่ “ปั้นดาวให้ฉายาน สรรสร้างปณิธานให้ฉายแสง” แต่ในความเป็นจริง คือ มีครอบครัวจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถทำหน้าที่ปั้นดินให้เป็นดาวได้ อันเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ลุ่ม ๆ ดอน ๆ และต้องการการดูแลจากเราพยาบาล ดังตัวอย่างที่สืบค้นได้จากสื่อมวลชน ซึ่งเมื่อสืบค้นสถานการณ์จากหน้าข่าวหนังสือพิมพ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีรายงานการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาถึง จำนวน 1,131 กรณี และดูเหมือนว่าขนาดของปัญหา มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นหลายเท่า เนื่องจากในปี พ.ศ. 2564 พบกรณีกระทำความรุนแรงจำนวน 372 กรณี¹

สำหรับการใช้ชีวิตในบริบทสังคมอีสานสามารถกล่าวได้ว่า ความคิดความเชื่อในเรื่องความผูกพันใกล้ชิดในครอบครัวและสมาชิก เป็นเรื่องที่มีความเหนียวแน่นภายใต้ปรัชญาคำสอนที่ปรากฏหลักฐานผ่าน “ฮิต 12 คอง 14” หรือ จาริตประเพณีใน 12 เดือน และหลักหรือแนวทางปฏิบัติ 14 หลัก ซึ่งที่เกี่ยวกับครอบครัว ได้แก่ “ผัวคองเมีย แม่คองลูก พี่คองน้อง” ซึ่งเน้นความรักสามัคคี กตัญญูบุพการี ดูแลตอบแทนพระคุณ²⁻³ เป็นต้น แนวคิด “ฮิต-คอง” เหล่านี้ มีความสอดคล้องกับคำสอนในสังคมตะวันออกอื่น ๆ โดยเฉพาะสังคมจีน ซึ่งเป็นบริบทสังคมตะวันออกที่มีประชากรจำนวนมากอาศัยในพื้นที่มากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก และมีประชากรที่สืบเชื้อสายกระจายกันอาศัยอยู่เกือบทั่วโลก มีการสืบต่อความคิดความเชื่อและการปฏิบัติมายาวนานตามคำสอนของท่านขงจื๊อมาตั้งแต่ยุคขุนชิว ซึ่งท่านมีชีวิตอยู่ ในช่วงปี 479-551 ปีก่อนคริสต์ศักราช ได้เผยแพร่คำสอนที่ต่อมาเรียกว่า “ลัทธิขงจื๊อ (Confucianism)” มุ่งเน้นให้ผู้คนมีมนุษยธรรมและคุณธรรม กตัญญูรู้คุณบุพการีและกลมเกลียวในครอบครัว เพื่อความสงบสุขของสังคม⁴⁻⁵

โดยท่านขงจื๊อให้แนวคิดที่ว่า บ้านเมืองจะสงบสุขเมื่อมีผู้ปกครองที่ดี ผู้ปกครองบ้านเมืองที่ดีก็ต้องมาจากครอบครัวที่ดีเช่นกัน และครอบครัวคือรากฐานสำคัญซึ่งจะปลูกฝังให้คนมีความกตัญญู ความซื่อสัตย์ และคุณธรรม เวลาผ่านไปคำสอนขงจื๊อได้รับการยกย่องและแพร่หลายไปทั่วแผ่นดินจีน จนกลายเป็นหนึ่งในสามศาสนาหลักของประเทศ แม้กาลเวลาผ่านมานานกว่า 2,500 ปี แต่คำสอนยังคงอยู่จนถึงปัจจุบัน แนวคิดขงจื๊อไม่เพียงเป็นจารีตประเพณี และแนวทางการดำเนินชีวิตของคนจีนและชาวจีนโพ้นทะเลในแถบภูมิภาคตะวันออก แต่ยังเป็นที่ยึดถือของคนทั่วโลก ทำให้ขงจื๊อได้รับสมญาว่าเป็น “ปรัชญาเมธีของโลก”⁴⁻⁵

ในปี พ.ศ. 2530 ด้วยปรัชญาความคิดทางการพยาบาลแห่งการพัฒนาหลักสูตรมหาบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ใช้แนวคิด “การบูรณาการ” และ “องค์รวม” มาตั้งแต่

เริ่มต้น จึงได้สร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 3 สาขาวิชา คือ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน และสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ซึ่งมีจุดเน้นที่ “คน” การพยาบาลสุขภาพของคน ซึ่งอยู่ภายใต้การกล่อมเกลாதั้งของครอบครัวและฝังแน่นในชุมชน สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของสังคม ตามผลการวิจัยที่ชี้ว่าการสร้างหลักสูตร 3 สาขาวิชา ดังกล่าว⁶⁻⁷

จึงกล่าวได้ว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เริ่มจัดการเรียนการสอนเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2530 ซึ่งนับเป็นแห่งแรกจัดการศึกษาในหลักสูตรฯ นี้ ในประเทศนี้ จวบจน พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการจัดการเรียนการสอน มีศิษย์เก่าที่จบการศึกษา รวม 316 คน มีการรวมตัวกันกับผู้สนใจอื่น ๆ จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือทั้งด้านวิชาการและสังคมเรียกว่า “ชมรมพยาบาลครอบครัวแห่งประเทศไทย” มีกิจกรรมสานต่อความสัมพันธ์ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ พ.ศ. 2546⁸⁻⁹

พลวัตรการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิชา

แนวปฏิบัติในการบริหารทุกหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คือ มีการปรับปรุงหลักสูตร ทุก 5 ปี เพื่อตอบสนองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ปัญหาและความต้องการของสังคมและองค์กร ทั้งนี้ ในการจัดเรียนสอนในหลักสูตรฯ พ.ศ. 2530-2546 กรอบแนวคิดที่ดำเนินการจัดการเรียนการสอน นับเนื่องแต่ปี พ.ศ. 2530 หลักสูตรฯ มีปรัชญาชี้แนะการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ภายใต้บริบททุกหน่วยบริการ ดังนั้น เนื้อหาทฤษฎีและปฏิบัติ จึงดำเนินการในทุกหน่วยบริการสุขภาพบุคคลก่อนเกิด เติบโตทุกระยะพัฒนาการ สุขภาพดี ก่อนเจ็บป่วย จนถึงระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน/วิกฤต/เรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยในปีการศึกษา 2534 ได้ปรับปรุงหลักสูตรฯ ครั้งที่ 1 เปลี่ยนแปลงรายวิชาและโครงสร้างหลักสูตร ให้ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม และผู้ให้ผลผลิตให้มากขึ้น ต่อมาปี พ.ศ. 2540 ได้ปรับปรุงหลักสูตรฯ ในแง่จำนวนหน่วยกิตให้สอดคล้องกับที่ทบวงมหาวิทยาลัยในขณะนั้น ระบุ พร้อมทั้งจัดเตรียมทำแผน ข ซึ่งยังไม่ได้เปิดรับผู้เรียน ต่อมาปีประกาศสภาการพยาบาล ว่าด้วยการรับรองหลักสูตรระดับปริญญาโทของบุคคลากรพยาบาลให้ครอบคลุมในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ พ.ศ. 2545^{6,10} ว่าด้วยการจัดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา ระบุว่า หน่วยบริการการพยาบาลครอบครัวให้อยู่ในชุมชน และไม่มีรายการที่ระบุว่า สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวเป็นสาขาที่ได้รับการรับรอง ดังนั้น เพื่อสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายขององค์กรวิชาชีพ จึงนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของหลักสูตร คือ การเปิดรับนักศึกษาภาคพิเศษ เรียนนอกเวลา แผน ก เพื่อรองรับการจะเปิด แผน ข ในอนาคตตามระเบียบการบริหารหลักสูตรที่ต้องนำด้วย แผน ก ก่อนในภาคพิเศษ มีผู้สนใจสมัครเข้าสอบจำนวนมาก แต่รับได้ 20 คน ต่อมาใน พ.ศ. 2547 ได้ปรับปรุงให้มีวิชาการพยาบาลชุมชนและเวชปฏิบัติตามเกณฑ์สภาการพยาบาล⁶⁻⁷ แต่ยังมีข้อคงเดิม คือ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ต่อมา พ.ศ. 2551 มีการปรับปรุงหลักสูตร (ประเภทการปรับปรุงเล็กน้อย) ให้เป็นไปตามคุณลักษณะของการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ให้สอดคล้องตามแนวทางที่สภาการพยาบาลกำหนด พร้อมทั้งได้เพิ่มวิชานวัตกรรมทางการพยาบาลครอบครัว เพื่อสร้างเสริม/ฟื้นฟูสุขภาพสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งเชื่อมโยงวิทยานิพนธ์ (12 หน่วยกิต)/หรือ การศึกษาอิสระ (6 หน่วยกิต) เพื่อเอื้อให้สามารถดำเนินงานวิจัยไปในทิศทางเดียวกัน และตอบโจทย์สถานการณ์ที่สนใจของผู้เรียน แต่ยังคงชื่อหลักสูตรไว้เหมือนเดิม คือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว⁶ เพื่อคงไว้ ซึ่งเจตนารมณ์ของสาขาวิชาฯ ที่ให้เปิดรับผู้เรียนจากทุกบริบทของหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่จำกัดเฉพาะหน่วยบริการในชุมชนเพราะครอบครัว คือ องค์ประกอบสำคัญและถาวรที่บุคคลทุกคนทุกบริบทมี ดำรงอยู่คู่ชีวิต โดยหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนของสาขาวิชา

การพยาบาลครอบครัว มี 3 เสาหลัก คือ 1) ข้อบังคับว่าด้วยการจัดทำหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁷ 2) ข้อบังคับตามประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. (ปีล่าสุดตามวาระ) และ 3) ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี การพยาบาลและการผดุงครรภ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พ.ศ. (ปีล่าสุดตามวาระ) โดยเนื้อหาทฤษฎีในการจัดการเรียนการสอน ประกอบไปด้วย ทฤษฎีและปฏิบัติการเข้าถึง ซึ่งการดูแลครอบครัวและสมาชิกอย่างเป็นองค์รวม เป็นระบบที่สมาชิกต่างเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อกันที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการนำเข้าให้ผู้เรียนฝึกการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว อาทิ 1) ส่งเสริมสุขภาพครอบครัวและสมาชิก 2) คัดกรองความเสี่ยงแต่ต้นมือ 3) ป้องกันและจัดการความเสี่ยง 4) ดูแลผู้รับบริการสุขภาพโดยตรง และ 5) พัฒนาสุขภาพกายภาพ ร่างกาย และจิตใจของสมาชิกและความสัมพันธ์ในระบบครอบครัว¹¹

ต่อมาใน พ.ศ. 2555 ถึงรอบการปรับปรุงหลักสูตรสาขาวิชา ได้ปรับปรุงให้เป็นไปตามคุณลักษณะของการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตามที่สภาการพยาบาลระบุ พร้อมทั้งได้เปลี่ยนชื่อ หลักสูตรเป็น พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว จนถึง พ.ศ. 2560 ถึงรอบการพิจารณาปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรของคณะฯ อีกครั้งหนึ่ง สาขาวิชาได้จัดให้มีการปรับปรุงหลักสูตร (ประเภทการปรับปรุงน้อย) ไม่เปลี่ยนแปลงโครงสร้างหลักสูตรและยังคงชื่อปริญญา เป็นหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว⁷ และนับเป็นการปรับปรุงหลักสูตรครั้งสุดท้ายของสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ซึ่งปีสุดท้ายที่เปิดรับนักศึกษาใหม่ คือ พ.ศ. 2563 ผู้เรียนคนสุดท้ายที่จบในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คือ พ.ศ. 2568 ในที่สุดด้านการบริหารจัดการวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ปรับโครงสร้างการบริหารสาขาวิชาของคณะฯ ให้ควรรวมสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เป็นสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ คณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวเดิม ได้เกษียณอายุราชการรวมถึงลาออกทั้งหมด ถึงแม้จะมีการจ้างงานต่อสำหรับอาจารย์ที่เกษียณบางคน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน แต่เงื่อนไขภาระการจ้างงานเป็นไปตามภารกิจที่ผู้จ้างกำหนด ไม่มีโอกาสได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตรฯ ดังกล่าว จึงนับเป็นการสิ้นสุดการผลิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวเดิมโดยสมบูรณ์¹²⁻¹⁴

การบ่มเพาะกล้าของหลักสูตรฯ: ความจำเพาะที่มีอยู่

ในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพครอบครัวและสมาชิก ซึ่งส่วนใหญ่กระทำที่บ้านของผู้รับบริการ ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว มีการเรียนภาคทฤษฎี ซึ่งประกอบไปด้วย การเตรียมผู้เรียนให้สามารถปฏิบัติการส่งต่อความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน โดยการฝึกปฏิบัติการ สาธิต ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ (role play)⁷ ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ซึ่งจะช่วยชี้นำการประเมินปัญหา ความต้องการ และออกแบบการปฏิบัติการดูแลเฉพาะราย เพื่อให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่หน้างาน รวมถึงการเข้าถึงครอบครัวผู้รับบริการสุขภาพ โดยยึดปรัชญาการให้บริการสุขภาพด้วยการยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) และมีมุมมองครอบครัวผู้รับบริการในฐานะที่ครอบครัว มีมิติเป็น 1) ครอบครัวเป็นบริบทของผู้รับบริการ (family as a context) 2) ครอบครัวเป็นหน่วยรับบริการ (family as a client) 3) ครอบครัวเป็นระบบ (ความสัมพันธ์) (family as a system) และ 4) ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคม (family as a component of society)¹¹

ด้วยหลักสูตรมีความเชื่อว่า สังคมไทยมีความคิดความเชื่อให้ความสำคัญต่อมิติกายสัมพันธ์ต่อใจ จนถึงจิตวิญญาณของบุคคลมาช้านาน และโดยธรรมชาติของการจัดการเรียนการสอนทางด้านครอบครัว

เน้นมิติทางความคิดความเชื่ออันเป็นองค์รวม เมื่อดูแลครอบครัวเรามักพูดติดปากว่า ต้องมองให้ทะลุถึงจิตวิญญาณแห่งครอบครัว ทะลวงให้ถึงหลังฉากของครอบครัวที่เราใช้เครื่องมือของครอบครัวนำร่องของการเข้าให้ถึงหัวใจจิตหัวใจของครอบครัวสุข-ทุกข์ของครอบครัว จึงเกิดอย่างเป็นองค์รวมบูรณาการครอบคลุมเรื่องของสุขภาพทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) และเชื่อว่าครอบครัวที่มีประเด็นซับซ้อนย่อมต้องการผู้ผ่านการเรียนรู้ศาสตร์และศิลป์ ผูกพันทักษะในการเข้าถึง “หัวใจครอบครัว” อย่างไรก็ดี เมื่อยุคสมัยเปลี่ยน ในขณะที่สาขาวิชาชีพไม่ได้รับบัพให้สาขา “การพยาบาลครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัว” เป็นความเฉพาะที่ต้องเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ อาจเนื่องด้วยคิดว่า ทุกสาขาต้องสามารถดูแลครอบครัวผู้ใช้บริการได้ แต่ขณะเดียวกัน นโยบายของประเทศ ระบุให้สุขภาพประชาชนทั้งประเทศมีความสำคัญ โดยเฉพาะ “สุขภาพครอบครัว” ให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพที่ “ไม่ใช่ญาติเหมือนญาติ ในความคิด” โอกาสที่เสียไปของประชาชน ควรปิดช่องว่างนี้อย่างไร?

เสียงสะท้อนจากผู้เรียนจบในหลักสูตรฯ

ผลลัพธ์ที่เป็นจุดเด่นที่แตกต่างของผู้เรียนจบจากหลักสูตรฯ นี้ ผู้สำเร็จการศึกษาระบุว่า คือ ทักษะการรับฟังปัญหาจากครอบครัว ทักษะการประเมิน การวิเคราะห์และการปฏิบัติการดูแลที่ถือว่าครอบครัวเป็นระบบหรือเป็นหน่วยวิเคราะห์ ดังตัวอย่างข้อความการสนทนา¹⁵

“...ในการประเมินนี้ เรามองครอบครัวแอสสอยูนิต...หลักสูตรฯ ผูกเรามา เราสามารถที่จะมองโดยภาพรวม เป็นองค์รวม แล้วเราสามารถที่จะแอสเสสปัญหาออกมาได้ชัด แล้วเรารู้ว่าเคสนี้มีปัญหาอะไร แล้วเวลาเราไปคุยกับเคสเนี่ยเคสจะไว้วางใจ เพราะว่าลักษณะของครอบครัวนี้สอนให้เรามีการมองที่ลึกซึ้งแล้ว ก็มีความเข้าใจเวลาเราไปดูเคสจะไว้วางใจเรามาก แล้วทีมอาจจะมองเห็นว่าเวลาเราไปคุยกับเคสหรืออะไรผลออกมามันออกมาพิดแบคค่อนข้างที่จะดีแล้วเราสามารถที่จะประเมินปัญหาได้ชัดแล้ว...อันนี้ต้องบอกว่าได้มาจากอาจารย์สอนนะคะ ในลักษณะของการที่จะเข้าไปเขาเรียกว่า แอ็พโพรชเคส ทักษะตรงนี้อาจารย์มีผลมากในการที่จะถ่ายทอดตรงนี้ให้...”

“...ไม่ได้ดูแค่แฟลกดทับ คนไข้มีสละหัดนะ เราต้องดูด้วยว่า ญาติเขาที่ดูแลเป็นใคร แล้วที่นี่ยากบอกว่า...หลักสูตรฯ ผูกให้เรา **อดทน ใจเย็น** ในการฟังทำความเข้าใจครอบครัว...”

“ได้**เครื่องมือทำงาน**...เราใช้เครื่องมือสรุปเคสการดูแลครอบครัว...สรุปเคสให้ ผู้อำนวยการ (ผอ.) เพราะว่ามีเคสที่ ผอ. สนใจ แล้วเราจะส่งเอกสารไปขอที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ให้เขาช่วยเหลือ แล้ว ผอ. รู้สึกว่าพอใจกับเนี้ยแหละ...เราก็ก็นำไปรายงาน สรุปรายงานให้ ผอ. ผอ. รายงานประธานที่สาธารณสุขอำเภอหรืออะไรอย่างงี้ค่ะ ก็คงเห็นจากนี้แหละเพราะว่าเรามีเครื่องมือจากอาจารย์อยู่แล้วแต่ไม่ได้เขียนเคสยาวขนาดนั้น แต่เราประเมินตามเครื่องมืออาจารย์ที่ครอบคลุมนะ ประเมินทั้งครอบครัวทั้งอะไรหลาย ๆ อย่างแล้วก็สรุปปัญหาเป็นข้อ...”

“...ประเมินเคส เราประเมินเคส เราจะไม่ได้นำร่างกายอย่างเดียวด้วย อย่างเวลามีเคสประเมินออกมา หรือว่าสรุปเป็นรายงานออกมาเราจะเขียนออกมาด้วยว่าเขารู้สึกอย่างไร การรับรู้เขาเป็นยังไงเนี้ยคะ หรือว่าเขามีความคาดหวังอะไร ที่นั่นมันก็จะเหมือนว่าพอรู้ประเมินได้ชัด เราก็กะเหมือนมีเป้าหมายในการที่จะดูแลเคสเคสนี้มันชัด ที่นี้พอเราลงไปดูแล ถ้าเรามีเป้าหมายชัดเจน มันก็จะแบบเป็นแบบกระบวนการพยาบาลครอบครัวเหมือนเราตั้งมาบูรณาการได้หมดเลยคะ ก็เลยค่อนข้างที่จะเวลาดูเคสนี้เราทำตามขั้นตอนแล้วก็ประเมินได้ครอบคลุม”

“อาจารย์เขาสอนให้ใช้ทฤษฎีเป็นแว่น ไปดูประเด็นปัญหามาปั๊บ ไม่ใช่แค่เรามองว่าเออมันเป็นงานแก่ ๆ ไป มันไม่ใช่ เธอต้องเอาทฤษฎีนั้นเป็นตัวไปส่องแล้วก็ไปดูว่า มันเป็นอย่างไรยังงี้แล้วก็เขียนแยกมาว่า

ประเด็นปัญหา 1 2 3 4 5 คือจะอะไรยังไง คือ คิดเชิงระบบได้มากขึ้น โดยที่มองจากทฤษฎีเพื่อที่จะแก้ตรงนั้น ไม่ใช่อันนี้ มาเอาคนนี้สั่งมาอะไรอย่างเงี้ย ค่ะมันไม่ใช่แบบนั้นนะค่ะ ก็จะประมาณอย่างเงี้ยที่เอาไปใช้ได้จริง ๆ”

ประโยชน์ของหลักสูตรต่อสุขภาพครอบครัว สังคม ประเทศชาติที่จะสูญหาย¹⁵⁻¹⁶

เมื่อแนวคิดการผลิตหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว/การพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว มีเจตนาให้พยาบาลสุขภาพครอบครัว เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลสุขภาพครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์คุณูปการต่อสุขภาพครอบครัว ต่อสังคม และต่อประเทศชาติ แต่เมื่อยุติการผลิตสิ่งเหล่านี้ ย่อมจะสูญหายไปอย่างน่าเสียดาย เข้ากับปรัชญาดูแลว่า “คะล่าน้ำ กินต่อน” เมื่อซังน้ำหนักความเสียหายต่อสังคม ประเทศชาติแล้วไซ้ร้ ด้านใดจะเสียหายมากกว่ากัน ทำไม่ปล่อยให้มันเป็นไปตามกลไก “demand vs supply” สรุปได้ ดังนี้

1) **ต่อสุขภาพครอบครัว** พยาบาลครอบครัวทำหน้าที่เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพครอบครัว โดยตรงและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและองค์การอนามัยโลก คือ

☑ **สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** พยาบาลครอบครัวสามารถให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในครอบครัว ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ช่วยทำให้การป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ การป้องกันโรคต่าง ๆ และการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังและโรคติดต่อที่สำคัญ เป็นการแก้ไขปัญหสุขภาพในครอบครัวได้อย่างตรงจุดเพราะพยาบาลครอบครัวสามารถประเมินปัญหาสุขภาพของครอบครัวและวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

☑ **พัฒนาความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว** ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกด้านครอบครัวที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เป็นปัจจัยรากฐานที่ดีของสังคมสงบสุข การที่พยาบาลครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวรวมถึงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว

☑ **ลดภาระของผู้ดูแล** พยาบาลครอบครัวช่วยฝึกอบรมผู้ดูแล ให้คำแนะนำ และช่วยเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนเชื่อมต่อกับหน่วยงานบริการถึงบ้านแหล่งประโยชน์ในชุมชน และการบริการสุขภาพ การบริการทางสังคมและสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

☑ **เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว** พยาบาลครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น สร้างความเข้าใจและความร่วมมือภายในครอบครัว

2) **ผลดีต่อสังคม** เมื่อครอบครัวมีสุขภาพที่ดี สังคมโดยรวมก็จะมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย

☑ **ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ** – หากครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น จะช่วยลดการใช้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็น ช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และลดภาระของระบบสุขภาพในที่สุด

☑ **ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและชุมชนเข้มแข็ง** – พยาบาลครอบครัวมีความสามารถในการดูแลครอบครัวจะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีระบบสนับสนุนกันเอง เช่น กลุ่มผู้ดูแล หรือชมรมสุขภาพชุมชน

☑ **ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ** – การดูแลสุขภาพครอบครัวโดยเฉพาะช่วยให้ครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพ

3) ผลดีต่อประเทศ เมื่อให้พยาบาลดูแลครอบครัวทั้งระบบ

☑ **ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว** – หากครอบครัวได้รับการดูแลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ต้น จะช่วยลดงบประมาณที่ต้องใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังและโรคที่ป้องกันได้ ลดภาระของระบบสาธารณสุขจะช่วยให้รัฐบาลมีงบประมาณไปพัฒนาในด้านอื่นๆ ได้มากขึ้น

☑ **เพิ่มประสิทธิภาพแรงงานและเศรษฐกิจ** – ครอบครัวที่มีสุขภาพดีสามารถทำงานและมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้เต็มที่ ลดจำนวนผู้ที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวประชากรที่มีสุขภาพดีจะมีกำลังในการทำงานและสร้างสรรค์ผลงาน ทำให้เพิ่มผลผลิตของประเทศ

☑ **เสริมสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน** – การที่พยาบาลสามารถดูแลครอบครัวทั้งระบบ จะช่วยพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถดูแลประชากรได้ทั่วถึง ลดปัญหาสุขภาพระยะยาว และพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยรวม การมีประชากรที่มีสุขภาพดีเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ

สรุปได้ว่า การที่พยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลครอบครัวทั้งระบบ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ยังช่วยสร้างสังคมที่แข็งแรง เป็นประโยชน์อย่างมากต่อทั้งสุขภาพของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและส่งเสริมให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน

วิเคราะห์ความแตกต่างของภาพรวมหลักสูตรการพยาบาลครอบครัวกับการพยาบาลบุคคล (เด็ก มารดา ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) ในครอบครัว และการพยาบาลชุมชน

แนวคิดการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนของสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ ผ่านการสรุปและถอดบทเรียน แล้วสรรสร้างปรับปรุงบทเรียนเขียนเป็นเอกสารการเรียนรู้ คู่มือครูปีต่อปี นับเนื่องจาก พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของกฎระเบียบข้อบังคับที่มีการปรับเปลี่ยนขององค์กรกำกับมาตรฐานการศึกษาสถาบันอุดมศึกษาและสภาวิชาชีพ ล่วงเข้า พ.ศ. 2545¹⁰ สภาการพยาบาลได้ออกประกาศ เรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2545 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตร แสดงความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ ซึ่งเนื้อหาการประกาศระบุให้มีหลักสูตรในสาขาที่อยู่ในกระแสหลักรวมสุดท้าย เพิ่ม 8 สาขาวิชา ซึ่งไม่มีสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว แต่มีประกาศข้อที่ระบุว่าอาจมีชื่อสาขาวิชาอื่น ๆ ซึ่งมีคุณลักษณะรายละเอียดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ประกาศไว้ ในข้อ 1-8 ที่กล่าวมา ซึ่งเป็นการเปิดกว้างให้ผู้เรียนสามารถเลือกสมัครเรียนในสาขาที่ตนสนใจ อย่างไรก็ตาม การเปิดกว้างนี้ได้ปิดประตูล้นกุญแจ ตามประกาศข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษา วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พ.ศ. 2560 ระบุสาขาเพียง 10 สาขา และไม่มีข้ออื่น ๆ¹⁷ ซึ่งแปลความนัยได้ว่า สถาบันใดที่เปิดหลักสูตรการพยาบาลครอบครัว หรือเวชปฏิบัติครอบครัวจะไม่ได้รับการรับรองหลักสูตรฯ ดังกล่าวและหากจบการศึกษาหลักสูตรปริญญาโทนี้ไปแล้วหากไม่ไปอบรมเพิ่มหลักสูตรเวชปฏิบัติ 4 เดือนเพิ่ม หน่วยงานก็ตัดสิทธิ์การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ในขณะที่สาขาที่อยู่ในรายการประกาศฯ ได้รับ ในขณะที่ทำงานและมีการกิจเหมือน ๆ กัน และที่น่าแปลกใจคือเรียนจบปริญญาโทที่แน่นด้วยเวลาเรียน เนื้อหาและการปฏิบัติ 4 เท้า แต่ถูกด้อยค่าแบบหาตรรกะไม่พบ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุปัจจัยต่อทั้งผู้ผลิตและผู้เรียนที่จะไม่เสี่ยง แต่ผลลัพธ์ตกที่ปากของผู้ใช้บริการที่ไร้โอกาสเลือก รวมถึงความก้าวหน้า อื่น ๆ เพราะหลักสูตรฯ ไม่ได้ผ่านการรับรอง นำมาซึ่ง การหยุดผลิต ของทุกสถาบัน จึงสามารถบันทึกปรากฏการณ์การจัดการศึกษาระดับปริญญาโท การพยาบาลครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัวได้ว่า เปิดการสอนหลักสูตรฯ นี้เป็น

แห่งแรกของประเทศใน พ.ศ. 2530 และ เปิดสอนต่อเนื่อง ฝาคลื่นลมโหมซัดกระหน่ำชนิดที่หลายแห่ง ทะยอยปิดหลักสูตรไปก่อนหน้าแล้ว เราหยดยืนจนอาจารย์คนสุดท้ายของสาขาฯ เกษียณและลาออกด้วย ปัญหาสุขภาพ และผู้เรียนคนสุดท้ายของหลักสูตรถึงฝั่งฝัน พ.ศ. 2568 ณ ที่นี้...มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวม ศิษย์เก่า จำนวน 316 คน มีผลงานการแสวงหาความรู้จากผลการวิจัยและการศึกษาอิสระ รวมอย่างน้อย จำนวน 316 เรื่อง

ต่อว่าทกรรมที่ว่า “ทุกสาขาวิชามีการพยาบาลครอบคลุมในตัวอยู่แล้วและการพยาบาลครอบคลุม เป็นภาระกิจส่วนหนึ่งของการพยาบาลชุมชน” ดังนั้น การผลิตปริญญาโท สำหรับพยาบาลในสาขา วิชาการพยาบาลครอบครัว หรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวจึงเป็น “ไส้ติ่ง-ส่วนเกินที่ไร้ประโยชน์” **ต่อความเชื่อและการตัดสินใจนี้เป็นเหตุปัจจัยให้สังคมไทย- ครอบครัวทั่วไทยเสียโอกาสการรับบริการ ที่มีคุณภาพที่เฉพาะ หรือไม่?**

ทั้งนี้ การพยาบาลบุคคลในระยะวัยต่าง ๆ ในครอบครัว การพยาบาลครอบครัวและการพยาบาล ชุมชน ต่างเป็นสาขาของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มคน แต่มีขอบเขตและมุมมองที่ แตกต่างกัน และ มีความแตกต่าง มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนไม่แพ้กัน สรุปได้ดังนี้

1) การพยาบาลบุคคลวัยต่าง ๆ (เด็ก มารดา ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ)/ปัญหาเฉพาะต่าง ๆ

มุ่งเน้น: ที่หน่วยเล็กที่สุดของครอบครัว คือ เด็ก มารดา ผู้ใหญ่ (สตรี บุรุษ) ผู้สูงอายุ

มีเป้าหมาย: ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ถูกมุ่งเน้น

ขอบเขต: ผู้ที่ถูกมุ่งเน้น คือ เด็ก/มารดา/ผู้ใหญ่/(สตรี บุรุษ เพศทางเลือก)/ผู้สูงอายุ ขึ้นาโดย ทฤษฎีทางการพยาบาลที่คัดสรรร่วมกับทฤษฎีและองค์ความรู้ทางการแพทย์

กิจกรรม: การพยาบาลที่ถือว่าครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมหรือบริบท ส่วนใหญ่ให้การพยาบาล ที่หน่วยบริการสุขภาพ

ครอบครัว: สามารถนำมาร่วมคิดร่วมตัดสินใจได้

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว (อาจมี): การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การให้ครอบครัว มีส่วนร่วม

2) การพยาบาลครอบครัว

มุ่งเน้น: ที่หน่วยเล็กที่สุดของสังคมคือ ครอบครัว

มีเป้าหมาย: ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแล-ฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกทุกคน ในครอบครัว หน่วยวิเคราะห์ คือระบบครอบครัว เพื่อให้บริการครอบครัวทั้งระบบ

ขอบเขต: ครอบครัวทุกช่วงวัยและสมาชิกในครอบครัวทุกคน ตั้งแต่ทารกจนถึงผู้สูงอายุ ตามพัฒนาการและระบบครอบครัวซึ่งนำมาสู่การทำบทบาทหน้าที่ครอบครัวนั้น ๆ

กิจกรรม: การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองความเสี่ยง การดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การตรวจสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว: การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวเป็นบริบท ครอบครัว เป็นผู้รับบริการ ครอบครัวเป็นระบบความสัมพันธ์ และ ครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม ขึ้นาการปฏิบัติการ โดยปรัชญาและทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัว ทฤษฎีครอบครัวและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) การพยาบาลชุมชน

มุ่งเน้น: ที่กลุ่มคนจำนวนมากในพื้นที่หนึ่ง ๆ เช่น หมู่บ้าน ตำบล

มีเป้าหมาย: ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

ขอบเขต: ครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และกลุ่มองค์กรในชุมชน

กิจกรรม: การพยาบาล การสำรวจสุขภาพชุมชน การวางแผนโครงการสุขภาพ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว: การพยาบาลบุคคลในชุมชน มีครอบครัวเป็นบริบท มีมุมมองว่าครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม ชี้นำการปฏิบัติการโดยปรัชญาและทฤษฎีทางประชากร การพยาบาลชุมชน ทฤษฎีชุมชนและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จึงกล่าวได้ว่า ทั้งการพยาบาลบุคคลวัยต่าง ๆ (เด็ก มารดา ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) ในครอบครัว การพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลชุมชน รวมถึงสาขาวิชาการพยาบาลเฉพาะประเด็น เช่น การพยาบาลจิตเวช การพยาบาลโรคติดเชื้อ การพยาบาลตมยา/ห้องผ่าตัด เป็นต้น ต่างล้วนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามจุดเน้นภายใต้ศาสตร์และพื้นที่ตนเอง โดยการพยาบาลครอบครัวจะเข้าถึงปัญหาสุขภาพครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ในชุมชน/ระดับปฐมภูมิ ส่วนการพยาบาลชุมชนจะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับชุมชนโดยรวม อย่างไรก็ตาม ทั้งการพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมโยงกันและทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งพยาบาลครอบครัวและพยาบาลชุมชน ต่างมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ เสมือนสะพานเชื่อมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ มีผู้กล่าวว่าการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรประกาศนียบัตรหลังปริญญาตรีการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 4 เดือน สามารถนำมาทดแทนหลักสูตรปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว/การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวได้ ต่อมาความคิดเห็นดังกล่าว หากกล่าวในแง่ตรรกะของจำนวนชั่วโมงเรียน เนื้อหาหลักสูตร โดยเฉพาะด้านการสร้างองค์ความรู้เฉพาะทางแล้วยังมีความต่างกันอยู่มากทีเดียว อาทิ ด้านความลุ่มลึกของเนื้อหาและการวิจัยเพื่อสร้าง/แสวงหาความรู้ใหม่ โดยหลักสูตรที่อบรมเฉพาะทางเน้นทักษะปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พื้นฐานที่เน้นการปฏิบัติจริงและแนวทางการรักษาที่พบบ่อย ส่วนหลักสูตรปริญญาโท ได้เรียนเนื้อหาครอบคลุมที่หลักสูตรอบรมเฉพาะทางได้เรียนเพิ่มเติม คือ เนื้อหาทฤษฎี วิจัย และการพัฒนาองค์ความรู้ให้มีความเข้าใจเชิงลึก ทั้งด้านปฏิบัติ ทฤษฎี และงานวิจัยที่ได้เรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติที่จะพัฒนากรอบคิดและแนวปฏิบัติใหม่จากงานวิจัย ดังนั้น ผู้จบหลักสูตรอบรม 4 เดือนย่อมมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้ทันที ในขณะที่ผู้จบปริญญาโทจะมีทักษะวิเคราะห์เชิงลึก และสามารถคิดค้นวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่ได้เอง

การก่อกำเนิด ดำรงอยู่ และอย่างก้าวของศิษย์เก่าพยาบาลครอบครัวในหน่วยงาน

สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มีเรื่องราวการดำเนินงานตลอด 38 ปีที่ก้าวผ่าน เป็นภารกิจของสาขาวิชาฯ คือ การสร้างและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับครอบครัวและสุขภาพ ความยากลำบากจาก ความเจ็บป่วยและการดูแลครอบครัว แนวคิด แนวปฏิบัติทางการพยาบาลครอบครัวมีการนำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้เรียนรู้จากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการค้นพบ การจัดระเบียบ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลครอบครัวที่ประสบปัญหา ความเจ็บป่วย

การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติของสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยการเรียนรู้ของคณาจารย์ที่มีเอกลักษณ์ในฐานะ ปฏิบัติงานที่เป็นองค์รวม มองบุคคลแบบทะลุถึงจิตวิญญาณ ที่มีครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในชีวิตบุคคล ด้วยรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

ครอบครัว โดยรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นประยุกต์แนวคิดการพยาบาลสุขภาพครอบครัวขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปที่ซุบหาทพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจและระดมทุนทางสังคมที่มีอยู่ขับเคลื่อนใช้ในชุมชน การฝึกปฏิบัติงานตามรูปแบบดังกล่าว ยังมีเครื่องมือช่วย/ประกอบการฝึกปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลครอบครัวมือใหม่ สามารถเข้าถึงครอบครัวแบบเป็นรูปธรรม ให้มีแนวทางสร้างคำถามการประเมินสุขภาพครอบครัว 4 ชนิด 5 คำถาม ซึ่งได้มีการจดอนุสิทธิบัตรเครื่องมือดังกล่าว ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานกระบวนการพยาบาลครอบครัวที่ใช้และเข้าใจง่าย ตลอดจนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร ได้มุ่งเน้นในการพัฒนาความรู้ด้านการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การได้ความรู้ใหม่ที่จะเกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาศักยภาพในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินสุขภาพครอบครัว^{12,16,18}

ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2555 ประชุมกลุ่มวิจัยที่แคนาดา ผู้เขียนได้มีโอกาสพูดคุยกับ Dr.Janice Bell บรรณธิการวารสารนานาชาติการพยาบาลครอบครัว ได้นำเสนอเรื่องราวของหลักสูตร การเรียนการสอน ศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบันของสาขาวิชา ในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ผลงานที่พัฒนาร่วมกันในหลักสูตร รวมถึงการรวมตัวทำกิจกรรมของงานชมรมพยาบาลครอบครัวฯ ได้รับความสนใจและกล่าวชื่นชมว่า ภาระกิจและขอบเขตที่หลักสูตรจัดกิจกรรมเสริมนี้ มีมากกว่าการจัดการเรียนการสอนทั่วไป อาจารย์ผู้สอนต่างร่วมมือทุ่มใจให้เหล่านักศึกษาก่อเกิดพัฒนาจิตวิญญาณ เพื่องานพยาบาลครอบครัวเสมือนการรวมตัวของศิลปินในต่างประเทศ ที่มีใจร่วมกันบางอย่างมีความมุ่งมั่น ที่จะผลิตพยาบาลครอบครัวที่มีศักยภาพสูงสร้างความมั่นใจให้แก่ลูกศิษย์ว่าพยาบาลสามารถ ลดความทุกข์ของครอบครัวอันเนื่องมาจากสภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ผ่านการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวโดยส่งเสริมการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว ลดผลกระทบเชิงลบจากปัญหาสุขภาพ ดูแลจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชนได้ผ่านการสังเกต แสดงบทบาทสมมติ และฝึกปฏิบัติงาน ณ คลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์ คลินิกให้คำปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยต่าง ๆ และชุมชน อีกทั้ง มีการรวมตัวทำกิจกรรมชมรมพยาบาลครอบครัวฯ กันอย่างเหนียวแน่นด้วย

ท่ามกลางความมุ่งมั่นต่อภาระกิจการจัดการเรียนการสอน การสร้างและเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลครอบครัว คณาจารย์หลายคนแม้เผชิญกับความกดดันจากการเจ็บป่วยของตนเอง และสมาชิกครอบครัวตน ยังคงปักหลักผลักดันภารกิจของสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวต่อไปไม่หยุดนิ่ง สิ่งที่เราภาคภูมิใจ คือ ผลผลิตศิษย์เก่าในระดับปริญญาโท จำนวน 316 คน ที่เราได้หวนกลับมาเล็ดพันสู่สังคมทั่วไทย และได้ผลการวิจัยของการพยาบาลครอบครัวไปใช้ในบริบทด้านสุขภาพที่หลากหลาย ครอบครัวอย่างน้อยจำนวน 3,000 ครอบครัว ที่ได้รับบริการจากหลักสูตรการพยาบาลครอบครัว/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตลอดช่วง 38 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเราขอขอบพระคุณครอบครัวเหล่านี้ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนให้ประสบการณ์และบทเรียนแก่อาจารย์และนักศึกษาของเรา

บทส่งท้ายและทางออก

ปรากฏการณ์การปิดฉากการผลิตหลักสูตรการพยาบาลครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นตัวอย่างหนึ่งตามกฎไตรลักษณ์ ถือเป็นกฎธรรมชาติชุดหนึ่งที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้ คือ สิ่งทั้งหลายมีอาการที่เป็นไปตามปัจจัยการหรืออาการที่เป็นไปตามเหตุปัจจัยที่มีลักษณะเป็นอนิจจา คือ สังขาร/สรรพสิ่งทั้งปวงไม่เที่ยงเป็นทุกข์ คือ คงทนอยู่ไม่ได้-เกิดขึ้นมีอยู่แล้วก็ดับไปและเป็นอนัตตา คือ ความไม่มีตัวตน ไม่เป็นไปในอำนาจไม่อยู่ใต้อำนาจการครอบครองของใครที่จะไปสั่งบังคับให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกต่างมีภาวะของมันเอง ที่เกิดจากเหตุปัจจัย และเป็นไปตามเหตุปัจจัยนั้น

เหตุปัจจัยที่ว่านี้ มีประเด็นที่น่าสนใจว่า นโยบายระดับชาติและแผนยุทธศาสตร์ชาติ และระดับโลก ให้ความสำคัญกับสุขภาพคนและครอบครัวเป็นสำคัญ¹⁹ แต่นโยบายและแนวปฏิบัติองค์กรวิชาชีพกลับระบุว่า หลักสูตรที่เกี่ยวข้องโดยตรงนี้ไม่มีความสำคัญ การปฏิบัติเช่นนี้ย่อมนำมาซึ่งการเกิดผลกระทบในอนาคต คือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลครอบครัว และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพ การดูแลสุขภาพของครอบครัวในระยะยาว รวมถึงสถาบันการศึกษาอาจประสบปัญหาขาดแคลนอาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญหรือทรัพยากร อุปสรรคในการเรียนการสอนและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในอนาคต

จึงขอเสนอให้มีแนวทางแก้ไขโดยการทบทวนนโยบายและความต้องการศึกษาความต้องการบุคลากร ด้านการพยาบาลครอบครัวในระดับพื้นที่และระดับประเทศอย่างละเอียด สร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของครอบครัวและการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม ให้ภาคประชาชน ภาคเอกชน และองค์กร ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการแก้ไขปัญหา พร้อมประเมินผลอย่างต่อเนื่องของ ผู้ปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงแนวทางการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังสุภาษิตคำสอนของจีนที่ว่า “การบริหารคือการทำให้สำเร็จโดยอาศัยมือผู้อื่น” และทุกมีน้อยใหญ่ พร้อมหัวใจสัจยัตถ์ของพยาบาล ครอบครัวทั่วไทยพร้อมที่จะยื่นออกไปโอบอุ้มคุ้มครองชีวิต “สุขภาพครอบครัวไทย” แต่ท่านในฐานะผู้บริหาร ทุกระดับของประเทศนี้ พร้อมยื่นมือออกมาแตะกับเราเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ???

References

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai people's health 2024: Stress, a silent threat to Thai society. Nakhon Pathom: the Health Promotion Foundation;2024. (in Thai)
2. Raksuthi S. Phaya (Isan). Bangkok: Thanawatch Karnpim;2010. (in Thai)
3. Paengputh S, Pimpson P. Pha Daeng Nangaei: Teachings of Isan people, Reviews from palm leaves. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Culture Office;2020. (in Thai)
4. Hoi P. Confucius: from China to Thailand [Internet]. Bangkok: Sarakadee;2025 [updated 2025; cited 2025 Oct 10]; Available from: <https://www.sarakadee.com/2023/10/10/confucius/>
5. Indhapanno T. Comparative study of family ethics among Confucianism and Theravada Buddhist philosophy. dhammathas [internet]. 2025 Mar. 23 [cited 2025 Jun. 5];25(1):1-14. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/dhammathas/article/view/272015> (in Thai)
6. Organizing committee. 25th anniversary of the Faculty of Nursing Khon Kaen University, 1996. Khon Kaen: Khon Kaen Printing;1996. (in Thai)
7. Organizing committee. Epilogue: documents for the annual meeting family nursing 2017. Khon Kaen: Khlang Na Na Wittaya;2017. (in Thai)
8. The committee. Report on activities of the family nurses society of Thailand. Newsletter 2017;13:1-4. (in Thai)

9. Moules NJ, Bell JM, Paton B, Wright LM, Thirsk LM. Family nursing education: examining innovations in teaching and learning of Family Systems Nursing. Paper presented at the 8th International Family Nursing Conference; 2007 June 4-7; Bangkok, Thailand.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement on standards for master's degree programs in nursing 2002. Government Gazette 2002;119:30. (in Thai)
11. Jongudomkarn D. Family health nursing: concept and theory implications for crisis intervention. 5th ed. Khon Kaen: Khlangnanawitaya;2023. (in Thai)
12. The secretary teams. Summary of the contents of the meeting minutes of the curriculum administrators. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2020. (in Thai)
13. Jongudomkarn D, Virasiri S, Chinsuwan A, Sutra P, Jenjaiwit P. The experiences of family nurses in utilization of knowledge in practice: A qualitative study. Journal of Nursing Science and Health 2012;35(4):52-63. (in Thai)
14. Administrative committee. Individual terms of reference and employment contract. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2024. (in Thai)
15. Jongudomkarn D. Three decades of Thai family nursing: Social challenges and the Thai family health care system in the 21st century. Paper presented at the Thai family health care system in the 21st century Conference; 2017 Aug 17-18; Khon Kaen, Thailand. (in Thai)
16. Gottlieb L. A tribute to the Calgary Family Nursing Unit: lessons that go beyond family nursing [Editorial]. Canadian Journal of Nursing Research 2007;39(3):7-11.
17. Thailand Nursing and Midwifery Council. Regulations of the Nursing and Midwifery Council regarding the professional education curriculum for Master of Nursing Science Program, B.E. 2017. Government Gazette 2017;134:56. (in Thai)
18. Jongudomkarn D. Report on readiness to establish a center of excellence in developing the family health care system. Khon Kaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University;2010. (in Thai)
19. National Health Security Office (NHSO). Primary care and family health. Bangkok: NHSO;2023. (in Thai)

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้สมรรถนะ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล*

จตุพร ก้าวศรี พย.ม.** นิตยา พันธงาม ปร.ด.***

นิลุบล รุจิระประเสริฐ ปร.ด.**** สมจิตร เมืองฟิล ปร.ด.**** จิฎติ สังวรวงษ์พนา ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 89 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มีนาคม 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดหลังการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงแตกต่างจากก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในระยะคลอดมีส่วนช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยเฉพาะบทบาทผู้ทำคลอดและผู้ช่วยคลอดที่เป็นทักษะที่เฉพาะและมีความแตกต่างจากทักษะทางการพยาบาลอื่น ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เกี่ยวกับทักษะการดูแลระยะคลอดที่เน้นทั้งบทบาทผู้ทำคลอดและผู้ช่วยคลอดก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาพยาบาล

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE662228 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 กุมภาพันธ์ 2568

*ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล nittapa@kku.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The effect of simulation-based learning on nursing students' perceived self-efficacy in intrapartum care*

Jatuporn Kuasri M.N.S.** Nittaya Panngam Ph.D.***

Nilubon Rujiraprasert Ph.D.**** Somjit Meungpin Ph.D.**** Thiti Sungworawongpana Dr.P.H**

Abstract

This quasi-experimental research with a one group pretest-posttest design, was aimed to examine the effect of simulation-based learning on nursing students' perceived self-efficacy in intrapartum care. The sample consisted of 89 fourth-year nursing students from Khon Kaen University. The study was conducted from November 2023 to March 2024. Data were collected using a perceived self-efficacy questionnaire of-intrapartum care for pregnant women. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

The results showed that the nursing students had a statistically significant difference ($p < 0.05$) in their perceived self-efficacy score in caring for pregnant women during labor after participating in simulation-based learning compared to before the training, with posttest scores being higher than pretest scores. The findings indicated that simulation-based learning contribute to enhancing the students' self-efficacy in normal childbirth management, particularly in the roles of the birth attendant, which are specialized skills distinct from other nursing skills. It is recommended that students should be prepared for practical experience in the clinical setting through the utilization of simulation-based learning related to skills in caring for pregnant women during labor that emphasize both the role of midwives and birth assistants before they engage in actual clinical practice in hospital environments.

keywords: self-efficacy; simulation based learning; nursing students

Ethical approval: HE662228, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 3 September 2024, Revised 18 February 2025, Accepted 19 February 2025

*Reserach funding by Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,

E-mail: nittapa@kku.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีทักษะพร้อมทำงานในศตวรรษที่ 21 โดยสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลพื้นฐานตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างชำนาญและมั่นใจ มีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น และมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต¹ การออกแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากสมรรถนะซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีมีผลต่อคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การทำคลอดปกติเป็นสมรรถนะหลักที่ผู้เรียนต้องผ่านการฝึกปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาการผดุงครรภ์ สหพันธ์พยาบาลผดุงครรภ์นานาชาติ² ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลผดุงครรภ์ไว้ ประกอบด้วย ความรู้และทักษะการดูแลสตรีตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีในระยะคลอดแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การประเมินการเข้าสู่ระยะคลอด 2) การเตรียมตัวผู้คลอดและเตรียมอุปกรณ์การทำคลอด 3) การประเมินสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด 4) การทำคลอดทารก 5) การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันที 6) การทำคลอดรกและการตรวจรก 7) การประเมินการสูญเสียเลือดหลังคลอด และ 8) การสื่อสารและการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ¹ ซึ่งการคลอดปกติเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้หญิงและทารกแรกเกิด อีกทั้ง ระยะคลอดเป็นระยะวิกฤตที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก การได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ช่วยให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี³ พยาบาลหรือผดุงครรภ์ที่ดูแลผู้คลอด จึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องมีความรู้ความชำนาญทั้งทักษะปฏิบัติการทำคลอด การสื่อสาร ตลอดจนทักษะการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับมารดาและทารก

การจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร ในด้านปฏิบัติการผดุงครรภ์มีการออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกทักษะพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ การจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่ผ่านมา สังเกตได้ว่า นักศึกษาขาดความมั่นใจในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ไม่กล้าลงมือปฏิบัติกับผู้รับบริการจริง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการทำคลอดด้านการตรวจภายใน เพื่อประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกในการประเมินการเข้าสู่ระยะคลอด การเตรียมเครื่องมือทำคลอด การช่วยทำคลอดศีรษะและลำตัวทารก และการผูกและตัดสายสะดือ รวมไปถึงด้านการทำคลอดรกและตรวจรก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอดในระดับปานกลางถึงมาก⁴ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการดูแลสตรีในระยะคลอด เนื่องจากรายวิชาการผดุงครรภ์เป็นรายวิชาเฉพาะที่มีความสำคัญ มีเนื้อหาค่อนข้างมากและเข้าใจยาก นักศึกษาไม่เคยได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจากรายวิชาอื่น ๆ ไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์ เครื่องมือในการทำคลอด กระบวนการทำคลอดที่มีรายละเอียดมาก อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่นักศึกษายังไม่คุ้นเคย นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความวิตกกังวลของของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก⁵

ปัจจุบันมีการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนรู้ (simulation-based learning: SBL) ได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้รูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ใช้ทักษะทางปัญญาในการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางทฤษฎีสู่การลงมือปฏิบัติ⁶ ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและให้ประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลซ้ำ ๆ ได้โดยไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยจริง⁷ ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติและ

ตัดสินใจในสถานการณ์ที่หลากหลายและซับซ้อนได้ดีขึ้น การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูราเชื่อว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเรียนรู้ทักษะทางการแพทย์โดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เรียนมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้เรียนได้พัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลสตรีในระยะคลอด ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงโดยการทำคลอดกับหุ่นจำลอง ได้รับประสบการณ์การทำงานเป็นทีมในสถานการณ์การดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งผู้เรียนที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงเป็นแรงเสริมทางบวกให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้สมรรถนะด้านการดูแลสตรีในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ ผลการวิจัยครั้งนี้ จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง สามารถบูรณาการความรู้เชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติ และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้ปฏิบัติการผดุงครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยบริการ

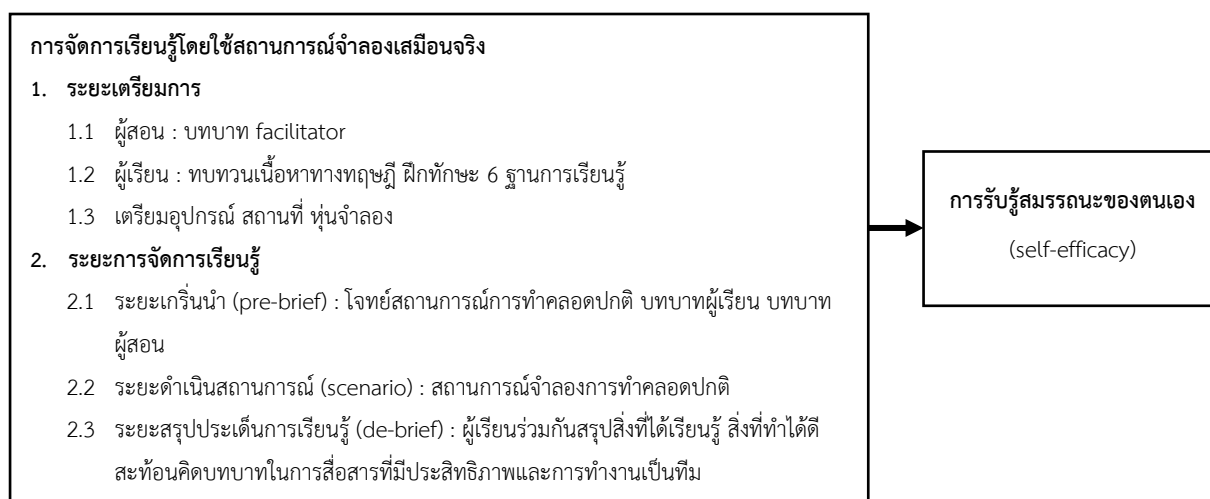
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อในความสามารถของบุคคล (self-efficacy theory) ของ Bandura⁸ และแนวคิดการจัดการเรียนรู้ทางการแพทย์ โดยใช้สถานการณ์จำลองของเจฟฟรีย์¹¹

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมที่ตั้งไว้ เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้และการลงมือปฏิบัติและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (perceived self-efficacy) การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองทำได้โดยการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (modeling) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)⁸ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนสูง จะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้ด้วยความมานะพยายาม เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้หรือทักษะ

ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลสตรีในระยะคลอด โดยในแต่ละระยะมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สอนในการเป็น facilitator ออกแบบโจทย์สถานการณ์การทำคลอดปกติ เตรียมความพร้อมเครื่องมือ สถานที่และอุปกรณ์ ส่วนผู้เรียนผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาคู่มือการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และจัดฐานการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียน ฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในสมรรถนะการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด 2) ระยะการจัดการเรียนรู้ (2.1) ระยะเก็มนำ

แนะนำรายละเอียดของการจัดการเรียนการสอน โจทย์สถานการณ์การทำคลอดปกติ บทบาทผู้คลอดจำลอง บทบาทผู้เรียน บทบาทผู้สอน (2.2) ระยะดำเนินสถานการณ์ (scenario) ออกแบบให้ผู้เรียนปฏิบัติบทบาทผู้ทำคลอดและผู้ช่วยคลอดในทีมพยาบาล ประกอบด้วย สถานการณ์ที่จำลองระยะต่าง ๆ ของผู้คลอด ตั้งแต่ระยะที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอด ระยะการคลอดทารก การดูแลทารกแรกเกิดทันที การทำคลอดรกและการประเมินการสูญเสียเลือดหลังคลอด (2.3) ระยะสรุปประเด็นการเรียนรู้ (de-brief) ออกแบบแนวคำถามเพื่อให้ผู้เรียนได้สะท้อนสิ่งที่ได้ปฏิบัติ สิ่งทีปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นการเรียนรู้จากตัวแบบ โดยผู้สอนใช้คำพูดสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ทำให้ได้ฝึกฝนทักษะและเรียนรู้จากการลงมือทำ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งต่อร่างกายและเกิดความปลอดภัยด้านจิตใจ ไม่ถูกตัดสิน เป็นการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลสตรีในระยะคลอดก่อนฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย จากกรอบแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถเขียนแผนผังได้ดังแผนภาพที่ 1



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้สมรรถนะ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2566 จำนวน 138 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (consecutive sampling) นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ จำนวน 89 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ นักศึกษาที่สอบผ่านรายวิชาการผดุงครรภ์ เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โดยใช้การจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริงครบตามกำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2566 - 8 มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีในระยะคลอด ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นสมรรถนะรายด้าน 8 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินการเข้าสู่ระยะคลอด 2) การเตรียมตัวผู้คลอดและเตรียมอุปกรณ์การทำคลอด 3) การประเมินสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด 4) การทำคลอดทารก 5) การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันที 6) การทำคลอดรกและการตรวจรก 7) การประเมินการสูญเสียเลือดหลังคลอด และ 8) การสื่อสารและการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้นำแบบสอบถามไปทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) กระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประชุมปรึกษากันระหว่างอาจารย์ผู้สอนในวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีการ alpha test โดยนำกระบวนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นไปทดลองสอนให้แก่ทีมอาจารย์ที่ร่วมกันพัฒนา ร่วมกันวิพากษ์ถึงความเหมาะสมของการกำหนดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในด้านวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน วัสดุอุปกรณ์หรือหุ่นจำลองที่ถูกเตรียมไว้ ตัวอย่างคำถามที่จะใช้กระตุ้นการเรียนรู้ในกระบวนการสะท้อนคิด ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จากนั้นนำไปตรวจสอบซ้ำด้วยวิธี beta test คือ ให้ทีมอาจารย์นำไปทดลองสอนนักศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ จากนั้นจัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเป็นคู่มือสำหรับทีมผู้วิจัยในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เรื่อง การทำคลอดปกติ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของสถานการณ์จำลอง ได้แก่ ชื่อเรื่อง ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน ผลลัพธ์การเรียนรู้ในสถานการณ์ และการเตรียมตัวของผู้เรียนก่อนการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง 2) โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เรื่อง การทำคลอดปกติ 3) การจัดสภาพแวดล้อม อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ 4) บทบาทของผู้เรียนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย บทบาทผู้ทำคลอด บทบาทผู้ช่วยคลอด บทบาทผู้ดูแลทารกแรกเกิด 5) การดำเนินสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วยสถานการณ์ที่จำลองระยะต่าง ๆ ของผู้คลอด 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอด ระยะการเตรียมตัวผู้คลอดและผู้ทำคลอด ระยะการคลอดศีรษะ ระยะคลอดไหล่และลำตัวทารก และระยะคลอดรก ในแต่ละระยะจะมีการกำหนดการปฏิบัติของผู้เรียน ซึ่งเมื่อผู้เรียนปฏิบัติได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจะดำเนินเข้าสู่ระยะต่อไป และหากผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้สอนที่มีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) มีการกระตุ้นเตือนเพื่อให้การผู้เรียนมีการกระทำบทบาทที่เหมาะสม เพื่อให้การดำเนินสถานการณ์เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) แนวคำถามที่ใช้ในกระบวนการสะท้อนคิด (de-brief) เป็นแนวคำถาม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสะท้อนสิ่งที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองตามกรอบ

สมรรถนะหลัก 8 ด้าน ในการดูแลสตรี ในระยะคลอด ยกตัวอย่าง เช่น การเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด สามารถประเมินได้จากอะไร นักศึกษาช่วยกันสรุปขั้นตอนการเตรียมตัวผู้คลอดและเตรียมอุปกรณ์การทำคลอด การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ควรประเมินบ่อยเพียงใด หากพบว่า ทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจผิดปกติควรปฏิบัติอย่างไร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมควรเป็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ด้านผู้สอน ผู้วิจัยเตรียมทีมผู้สอนโดยประชุมชี้แจงกระบวนการต่าง ๆ ในการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เตรียมความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์และหุ่นจำลองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่กำหนด

ด้านผู้เรียน ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเนื้อหาทางทฤษฎี เกี่ยวกับกระบวนการทำคลอดปกติ โดยใช้คู่มือการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองล่วงหน้า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ จากนั้น 1 วัน ก่อนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดก่อนจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (pre-test) โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7-8 คนให้ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลสตรีในระยะคลอด โดยแบ่งเป็นฐานการเรียนรู้ จำนวน 6 ฐาน ดังนี้ ฐานการตรวจภายใน ฐานการทำคลอดทารก ฐานการทำคลอดตรรกและการตรวจรก ฐานบทบาทผู้ช่วยคลอด ฐานการดูแลทารกแรกเกิด และฐานการเย็บแผลฝีเย็บ แต่ละฐานการเรียนรู้มีเวลาให้ฝึกปฏิบัติฐานละ 1 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการ กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ขั้นแนะนำก่อนการปฏิบัติ (pre-brief) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองบทบาทที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ โจทย์สถานการณ์ แนะนำอุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมและสมรรถนะของหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ในสถานการณ์ โดยผู้สอนใช้คำพูดเชิงบวกกระตุ้นให้ผู้เรียนพร้อมในการเรียนรู้และมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขั้นตอนดำเนินสถานการณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.2 ขั้นดำเนินการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8 คน แต่ละกลุ่มจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3-4 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ฝึกปฏิบัติและกลุ่มผู้สังเกตการณ์ กลุ่มผู้ฝึกปฏิบัติจะได้รับมอบหมายหน้าที่ ได้แก่ บทบาทผู้ทำคลอด 1 คน บทบาทผู้ช่วยคลอด 1-2 คน และบทบาทผู้ดูแลทารกแรกเกิด 1 คน ส่วนกลุ่มผู้สังเกตการณ์ 3-4 คน ทำหน้าที่สังเกตการณ์ ขั้นตอนในสถานการณ์ในแต่ละกลุ่มใช้ระยะเวลาฝึกในสถานการณ์จำลอง กลุ่มละ 15 นาที จากนั้นจึงสลับบทบาทกันระหว่างกลุ่มผู้ฝึกปฏิบัติ และกลุ่มผู้สังเกตการณ์

2.3 ขั้นการสรุปผลการเรียนรู้ (de-brief) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ขั้นตอนนี้ ผู้สอนจะใช้แนวคำถาม เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พูดถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ โดยตัวอย่างคำถาม เช่น ทักษะการทำคลอดปกติ ประกอบด้วย ขั้นตอนอย่างไร โดยให้ผู้เรียนร่วมกันสะท้อนคิด วิเคราะห์สิ่งที่ทำได้ดี สิ่งที่ต้องพัฒนาโดยชี้ให้เห็นความสำคัญของการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมในกระบวนการทำคลอดปกติ

หลังเสร็จสิ้นการสรุปผลการเรียนรู้ (de-brief) ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้เรียนตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด (post-test) โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ใน ระยะคลอด โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ด้วย Kolmogorov-smirnov test พบว่า คะแนน การรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีในระยะคลอดก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบปกติ ($p>.05$) จึงใช้การทดสอบค่าที (paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยในชั้นเรียน ได้รับการพิจารณาเป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่าย การพิจารณาแบบยกเว้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 เลขที่โครงการ HE662228 คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของ กลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ทำการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมี สิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อคะแนน ในการเรียน ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูล ที่ระบุถึงตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 89 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 81 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.01 เพศชาย 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.99 กลุ่มตัวอย่างมีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ระหว่าง 2.46-3.90 ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.30$)

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้สมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด		ก่อนการทดลอง (n=89)		หลังการทดลอง (n=89)	
		Mean	SD	Mean	SD
1.การประเมิน การเข้าสู่ระยะ คลอด	สามารถประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ควรย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด	2.83	0.72	4.00	0.56
	สามารถระบุการบางและการเปิดขยายของปากมดลูกด้วย การตรวจภายในช่องคลอดได้	2.46	0.79	3.70	0.64
	สามารถระบุระดับของส่วนนำทารกจากการตรวจภายในช่อง คลอดได้	2.71	0.87	3.75	0.68
	สามารถระบุท่าที่ผิดปกติของทารก ด้วยการตรวจภายในช่อง คลอดได้	2.61	0.80	3.73	0.67
	สามารถประเมินว่าถุงน้ำคร่ำแตกหรือไม่ด้วยการตรวจด้วย การตรวจภายในช่องคลอด	2.54	0.80	3.82	0.71
2.การเตรียมตัว ผู้คลอดและ เตรียมอุปกรณ์ การทำคลอด	สามารถช่วยจัดทำที่ถูกต้องสำหรับการคลอดได้	3.10	0.86	4.30	0.63
	สามารถเตรียมตัวผู้คลอด โดยการทำความสะอาด อวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอก และปูผ้ารองคลอดได้ถูกต้องตามขั้นตอน	2.99	0.87	4.37	0.57
	สามารถเตรียมเครื่องมือการทำคลอด จัดเรียงตามลำดับการ ใช้งานได้ถูกต้องและถูกหลักสะอาดปราศจากเชื้อ	2.58	0.75	4.21	0.66

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้สมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด		ก่อนการทดลอง (n=89)		หลังการทดลอง (n=89)	
		Mean	SD	Mean	SD
3.การประเมิน สุขภาพมารดา และทารกใน ครรภ์	สามารถตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ก่อนคลอดได้	2.99	0.95	3.94	0.75
	สามารถให้การช่วยเหลือ เมื่อพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ	2.60	0.83	3.73	0.78
	สามารถประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยการสัมผัสบริเวณหน้าท้อง แนะนำวิธีการเบ่งคลอด พร้อมทั้งเชียร์เบ่งในระยะเวลาที่เหมาะสมได้	2.64	0.86	3.91	0.70
4.การทำคลอด ทารก	สามารถทำคลอดศีรษะทารกได้ถูกต้องและปลอดภัย	2.59	0.86	4.03	0.63
	สามารถทำคลอดไหล่และลำตัวทารกได้ถูกต้องและปลอดภัย	2.54	0.86	3.99	0.66
	สามารถตัดแผลฝีเย็บ (episiotomy) ได้หากจำเป็น	2.35	0.92	3.79	0.74
	สามารถป้องกันการฉีกขาดของแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง	2.53	0.89	3.89	0.66
5.การประเมิน สภาพทารกแรก เกิดทันที	นักศึกษามั่นใจว่าสามารถประเมินสภาพทารกแรกคลอด (APGAR score) สังเกตความผิดปกติทั่วไปได้	2.90	0.80	4.15	0.66
6.การทำคลอด รกและการ ตรวจรก	สามารถประเมินอาการแสดงของการลอกตัวของรกได้	2.49	0.78	4.09	0.70
	นักศึกษามั่นใจว่าสามารถทำคลอดรกได้ถูกวิธีและปลอดภัย				
	สามารถประเมินความผิดปกติของสายสะดือและรกได้	2.51	0.86	3.92	0.71
7.การประเมิน การสูญเสีย เลือดหลังคลอด	สามารถผูกและตัดสายสะดือได้ถูกต้อง	2.45	0.81	4.12	0.76
	สามารถตรวจดูการฉีกขาดของฝีเย็บ ช่องคลอดและปากมดลูกได้	2.49	0.82	3.79	0.73
	สามารถประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินการสูญเสียเลือดได้	2.60	0.86	3.92	0.71
8.การสื่อสาร และการ คำนึงถึงสิทธิ ของผู้รับบริการ	สามารถให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง	2.82	0.84	3.93	0.67
	นักศึกษามั่นใจว่าสามารถเตรียมผู้คลอดโดยบอกขั้นตอนการทำคลอดให้ผู้คลอดเข้าใจเพื่อให้ความร่วมมือ	2.83	0.74	3.88	0.67
	นักศึกษามั่นใจว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยความสุภาพ นุ่มนวลเอาใจใส่ สามารถควบคุมอารมณ์ ขณะให้การดูแลผู้รับบริการได้	2.76	0.78	3.89	0.71
	นักศึกษามั่นใจว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ	3.57	0.92	4.34	0.62
โดยรวม		2.70	0.83	3.97	0.68

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงที่สุด ในสมรรถนะด้านการสื่อสารและการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุด คือ สามารถปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ($\bar{X}=3.10$ $SD=0.86$) และมีการรับรู้สมรรถนะต่ำที่สุด ในด้านการทำคลอดทารก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะต่ำที่สุด คือ สามารถตัดแผลฝีเย็บ (episiotomy) ได้หากจำเป็น รองลงมา คือ สามารถผูกและตัดสายสะดือได้ถูกต้อง ($\bar{X}=2.35$ $SD=0.92$, $\bar{X}=2.45$ $SD=0.81$)

ภายหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการเตรียมตัวผู้คลอดและเตรียมอุปกรณ์การทำคลอดสูงสุด คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะสูงสุด คือ สามารถเตรียมตัวผู้คลอด โดยการทำความสะดวก อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และปูผ้ารองคลอดได้ถูกต้องตาม ขั้นตอน ($\bar{X}=4.34$ $SD=0.68$) ส่วนสมรรถนะที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำที่สุด คือ สมรรถนะ ในด้านการประเมินการเข้าสู่ระยะคลอด ข้อที่ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สามารถระบุการบางและการเปิด ขยายของปากมดลูกด้วยการตรวจภายในช่องคลอดได้ รองลงมา คือ สามารถระบุท่าที่ผิดปกติของทารก ด้วยการตรวจภายในช่องคลอดได้ ($\bar{X}=3.70$ $SD=0.64$, $\bar{X}=3.73$ $SD=0.67$)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดหลังการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ<.05 จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนการรับรู้ สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.19 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 13.12 ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.67 ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะและความรู้ด้านการปฏิบัติการผดุงครรภ์ (n=89)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	95% CI		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		Lower	Upper	
การรับรู้สมรรถนะการดูแล สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด	64.85	16.67	99.19	13.12	-20.277	-37.702	-30.972	<.05*

p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการจัดการ เรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน รายวิชาปฏิบัติการ ผดุงครรภ์แตกต่างจากก่อนเรียน โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อก่อนเรียน เท่ากับ 2.70 ($SD=0.83$) หลังเรียนเท่ากับ 3.97 ($SD=0.68$) เมื่อพิจารณารายข้อคะแนนเฉลี่ยข้อที่นักศึกษาให้ความคิดเห็นว่ามันใจมากที่สุด คือ สามารถ ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงเชื้อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นทักษะ ด้านการสื่อสารเป็นทักษะที่ไม่ซับซ้อน อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่าน การฝึกประสบการณ์กับผู้รับบริการที่หลากหลาย ทักษะด้านการสื่อสารจึงเป็นทักษะที่นักศึกษามีความมั่นใจ มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับทักษะปฏิบัติอื่น ๆ ในส่วนทักษะทางด้านการผดุงครรภ์ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ทักษะการเตรียมตัวผู้คลอด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และการปูผ้ารองคลอด รองลงมา คือ การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันที ทั้งนี้ เนื่องจากในการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองฯ นักศึกษาได้ ลงมือปฏิบัติกับหุ่นจำลองผู้คลอด ได้ฝึกจับเครื่องมือและเรียนรู้วิธีการใช้งานอุปกรณ์ทำคลอดจริง มีการฝึก ทักษะการเตรียมตัวผู้คลอด จัดท่าผู้คลอด ทำความสะดวกและปูผ้ารองคลอดตามขั้นตอน มีการให้นักศึกษาได้ ฝึกการประเมินทารกแรกเกิดทันที โดยการกระตุ้นทารกหายใจของทารกโดยวิธีสูบลungsหรือตีฝ่าเท้า มีการฝึกใช้ลูกสูบบางแดงในการดูดเสมหะและการประเมินคะแนน APGAR score จากการเตรียมความพร้อม ในฐานการเรียนรู้ก่อนเข้าสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติซ้ำได้บ่อยเท่าที่ต้องการ ได้เรียนรู้ การแปลผลคะแนน APGAR ด้วยตนเองจากโจทย์สถานการณ์ เป็นการประยุกต์เนื้อหาจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ จริง ซึ่งการเรียนรู้โดยการปฏิบัติจริงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่ต้องกังวลว่าจะเกิดผลกระทบต่อ

ผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของนักศึกษา ในขณะที่ผลการศึกษาก็ให้เห็นว่า นักศึกษามีความมั่นใจในทักษะการตรวจภายในน้อยที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากทักษะการตรวจภายในเป็นทักษะที่ต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ทำการตรวจ¹² นักศึกษาจึงยังมองภาพไม่ออก ถึงแม้ว่า ในกระบวนการสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จำลอง นักศึกษาทราบว่า การตรวจภายในจะต้องประเมินสิ่งใดบ้าง แต่ด้วยข้อจำกัด คือ ยังขาดประสบการณ์ จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลยังไม่มั่นใจในสมรรถนะด้านทักษะการตรวจภายในดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษานี้ พบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสตรีในระยะคลอดแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อธิบายได้ว่า กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้การรับรู้สมรรถนะการดูแลสตรีในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้มีการฝึกปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้คลอดผ่านฐานต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเตรียมให้นักศึกษามีความพร้อมในด้านทักษะที่จำเป็นต้องใช้ขณะดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ในการดำเนินสถานการณ์จำลองนักศึกษาได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ทำให้เกิดความกระตือรือร้น ทำให้เข้าใจบทบาทหน้าที่และการทำงานเป็นทีม เกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ได้ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหา เมื่อสิ้นสุดสถานการณ์ผู้สอนมีการใช้คำพูดเชิงบวกในการสะท้อนพฤติกรรมที่ผู้เรียนปฏิบัติได้ดี ในช่วงดำเนินสถานการณ์ช่วยให้ผู้เรียนได้รู้ถึงพฤติกรรมด้านดีของตนเอง รวมถึงคอยกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ ทั้งในสิ่งที่ดีและสิ่งที่ควรพัฒนาโดยไม่มีการตัดสินหรือตำหนิว่าสิ่งที่ทำดีหรือไม่ดี แต่เป็นการร่วมกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับ ทั้งประสบการณ์ที่เป็นทักษะปฏิบัติ ในด้านการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดและทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้คลอดร้องไห้อาวววย ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันสะท้อนคิดเพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกรณีเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นจะจัดการอย่างไร ผลจากการสะท้อนคิดนักศึกษาสะท้อนว่าเข้าใจและสามารถจดจำกระบวนการทำคลอดได้ดีมากขึ้น ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้นในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด และมีความมั่นใจในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้ผู้คลอดดำเนินการคลอดได้อย่างปลอดภัย เมื่ออธิบายตามทฤษฎีของแบนดูรา⁸ กล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเป็นแรงผลักดันให้มีความพยายามในการลงมือกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ ในการพัฒนาตนเองและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด นักศึกษาได้ลงมือฝึกทำคลอดด้วยตนเอง ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ถือเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยผู้สอนใช้คำพูดสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในกระบวนการสะท้อนคิดที่เกิดขึ้น รวมถึงการฝึกปฏิบัติภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ไม่ถูกตัดสิน และเรียนรู้สิ่งที่ควรพัฒนาต่อยอดของตนเอง นำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล นักศึกษาจึงมีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองมากขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ ชัชขุนทด และคณะ¹³ ศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล สุทธินิยม และคณะ¹⁴ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และการศึกษาของณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า หลังการใช้สถานการณ์

จำลองนักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีส่วนช่วยในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน และตัดสินใจให้การดูแลอย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองนักศึกษามีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)⁹ และการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)¹⁶

ทั้งนี้ แม้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาจะชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองของนักศึกษาพยาบาล แต่ผลการศึกษาชี้ สะท้อนให้เห็นความแตกต่างที่มีความเฉพาะในบริบทของการประยุกต์ใช้ในเนื้อหาการดูแลระยะคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 2 ของการคลอดที่เน้นทั้งบทบาทผู้ทำคลอดและบทบาทผู้ช่วยคลอด ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่จะเน้นในสถานการณ์อื่น ๆ ได้แก่ การดูแลระยะที่ 1 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ และในสถานการณ์ที่มีความผิดปกติ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก และภาวะเครียดของทารกในครรภ์ เป็นต้น ดังนั้น ผลการศึกษาค้างนี้ จึงสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในบทบาทผู้ทำคลอดและผู้ช่วยคลอดที่ดีได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้ พบประเด็นปัญหาและจุดที่ต้องพัฒนา คือ ถึงแม้ว่าจะมีคู่มือการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียน แต่พบว่านักศึกษาที่มีฐานการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการเรียนรู้ได้แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่การเรียนรู้ค่อนข้างช้าและไม่กล้าแสดงออก ควรมีการประเมินและตระหนักถึงความแตกต่างของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนและให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพที่สุด นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองผ่านความคิดเห็นของผู้เรียนเอง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากอคติส่วนบุคคลและอาจไม่สะท้อนระดับทักษะที่แท้จริงของผู้เรียนได้อย่างถูกต้อง

ข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้างนี้เป็นการวิจัยในชั้นเรียน มีการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากเป็นนักศึกษาชั้นปีเดียวกันและสถาบันเดียวกัน ดังนั้น จึงอาจเกิดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างได้ ควรมีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน

2. การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้น จึงควรมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อทำการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นที่มาจากโครงการที่จัดทำขึ้นจริงมิใช่จากตัวแปรอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Strategic plan of faculty of nursing, 2020-2023. Khon Kaen: Faculty of nursing, Khon Kaen University;2023. (in Thai)
2. International confederation of midwives (ICM). ICM essential competencies for midwifery practice [Internet]. USA: The Hague: International confederation of midwives; 2024 [cited 2024 Jul 4]. Available from: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
3. World Health Organization. Midwifery education and care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery>
4. Lertsakornsiri M. The stress, stress management of nursing students during practice in the labor room. Kuakarun journal of nursing 2016;22(1):7-15. (in Thai)
5. Bundasak T, Chaowiang K, Jungasem N, Rojana S, Thainkumsri K. Affecting factors on nursing students anxiety while practicing in intensive care unit. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2017;34(1):6-16. (in Thai)
6. Lateef F. Maximizing learning and creativity: understanding psychological safety in simulation-based learning. J Emerg Trauma Shock 2020;13(1):5-14.
7. Hustad J, Johannesen B, Fossum M, Hovland OJ. Nursing students' transfer of learning outcomes from simulation-based training to clinical practice: a focus-group study. BMC Nurs 2019;18(1):53.
8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman;1997.
9. Srijanpal W, Thatan S, Fukfon K. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy of nursing students in caring for patients with septic shock. J Royal Thai Army Nurses 2021;22(1):283-93. (in Thai)
10. Thompson SM, Low LK, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Evaluating the effect of an educational intervention on student midwife self-efficacy for their role as physiological childbirth advocates. Nurse Educ Today 2021;96:104628.
11. Jefferies PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect 2005;26(2):96-103.
12. Brancadoro M, Tognarelli S, Fambrini F, Ragusa A, Menciassi A. Devices for measuring cervical dilation during labor: systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Surv 2018;73(4):231-41.
13. Chubkhuntod P, Elter PT, Gaewgoontol N, Potchana R. Effects of simulation-based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing skills. J Health Sci 2020;29(6):1062-72. (in Thai)
14. Suttineam U, Teerawatskul S, Rungsa J. Effect of simulation-based learning on knowledge, perceived self-efficacy, and nursing skills for patients with diabetes mellitus

- nursing care among the 2nd year nursing students. J Health Nurs Res 2022;38(1):308-20. (in Thai)
15. Chabuakam N, Phisaipanth S, Sangsai Y. Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived self-efficacy and injection skill. Nursing journal of the ministry of public health 2022;32(1):206-18. (in Thai)
 16. Pangsuk P, Kingmala C. The effect of simulation-based learning on knowledge and self-efficacy of third-year nursing students in caring for emergency patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(2):89-100. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในแผนกฝากครรภ์ต่อความรู้ ทักษะ และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงในหญิงตั้งครรภ์แรก

ณชพัฒน์ จันทสิทธิ์ พย.ม.*

ชุตินา บุณธนิต พย.ม.** อัจฉโรบล แสงประเสริฐ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ต่อความรู้ ทักษะ และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงในหญิงตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ และ 3) แบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงในระยะตั้งครรภ์ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90, 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น 0.82, 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกสัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคำแนะนำเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับนมแม่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=2.436, p=.015$) ภายหลังได้รับโปรแกรมคำแนะนำทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=2.761, p=.006$) และ ภายหลังได้รับโปรแกรมคำแนะนำทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงในระยะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=4.808, p<.001$)

ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้ ทักษะที่ดี และสามารถพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับห้วงและลานนม เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หญิงตั้งครรภ์แรก ห้วงนม

เลขที่จริยธรรมการวิจัย COE.NO.9/2568 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 30 เมษายน 2568

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประสานงาน อีเมล chutima.b@bcnsprnw.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

The effects of a breastfeeding promotion program in antenatal clinics on knowledge, attitudes, and nipple problem-solving skills among primigravida women

Nachaphat Jeenlakkaroy M.N.S.*

Chutima Buranathanit M.N.S.** Atcharobol Saengprasert M.N.S.***

Abstract

This quasi-experimental study, using a one-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a breastfeeding promotion program in antenatal clinics on knowledge, attitudes, and nipple problem-solving skills among primigravida women. The sample consisted of 30 primigravida women. The research instruments included the breastfeeding promotion program in the antenatal clinic. Data collection tools comprised: 1) a breastfeeding knowledge questionnaire, 2) an exclusive breastfeeding attitude questionnaire, and 3) a breastfeeding problem-solving skill questionnaire. The content validity index (CVI) of these tools were 0.90, 0.95, and 0.90, respectively, while the reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.82, 0.83, and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The study findings revealed that after receiving the breastfeeding promotion program in antenatal clinics, the mean knowledge on breastfeeding score was significantly higher than before receiving the program ($z=2.436$, $p=.015$), the mean exclusive breastfeeding attitude score was significantly higher than before receiving the program ($z=2.761$, $p=.006$), and the nipple problem solving skill score was significantly higher than before receiving the program ($z=4.808$, $p<.001$).

Therefore, midwives working in antenatal clinics should integrate the breastfeeding promotion program in antenatal clinics into their practice in caring for pregnant women to enhance knowledge, foster positive attitudes, and improve problem solving skills related to the nipples and areolas, to promote breastfeeding effectively.

keywords: antenatal care; breastfeeding promotion program; primigravida; short nipples

Ethical approval: COE.NO.9/2568, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 3 March 2025, Revised 28 April 2025, Accepted 30 April 2025

*Lecturer, Boromarajonani college of nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**Lecturer, Boromarajonani college of nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding author, E-mail: chutima.b@bcnsprnw.ac.th

***Assistant professor, Boromarajonani college of nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาจากจุดเริ่มต้นที่ดี ระยะฝากครรภ์จึงเป็นจุดเริ่มต้นของบันไดขั้นแรกที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลที่รับฝากครรภ์ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ สามิ และญาติ ได้รับทราบและเข้าใจแนวปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายรณรงค์ให้มารดาทุกประเทศทั่วโลกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 70¹ ภายในปี ค.ศ. 2030 จากการสำรวจระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละของทารกแรกเกิดที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในปี 2564-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยร้อยละ 61.20 ซึ่งสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 50 ถือได้ว่าการผลักดันนโยบายบันได 10 ขั้น สำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุขประสบความสำเร็จ²

ในหญิงตั้งครรภ์แรก ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน มักมีความกังวล ความไม่มั่นใจ หรือขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น การให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถส่งเสริมทัศนคติ ความตั้งใจ และการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มที่จะเริ่มต้นและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด³ โดยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ครอบคลุมในช่วงตั้งครรภ์ มีผลเชิงบวกต่อความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁴ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกหลังคลอด ในช่วงมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า มีมารดาหลังคลอดที่มีความยาวหัวของหัวนม น้อยกว่า 7 มิลลิเมตร ร้อยละ 16.42 จากมารดาหลังคลอดทั้งหมดที่ได้รับการประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁵ โดยมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้นตัดสินใจยุติการให้นมแม่ตั้งแต่วินาทีแรก เนื่องจากทารกยังอมหัวนมได้ไม่ลึกโดยไม่หลุดในขณะดูดนมแม่และมารดาารู้สึกเจ็บหัวนมขณะทารกดูดนม ทำให้มีความยากลำบากในการให้นมแม่⁶ รวมถึงการรับรู้ว่าการให้นมไม่เพียงพอ น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้นไม่ดี⁴ และทารกมีพฤติกรรมการดูดนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มารดายุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงแรกหลังคลอด⁷ การเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเกิดทักษะการแก้ไขหัวนมและการดูดนมที่ถูกวิธี ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดความสำเร็จภายหลังคลอดบุตรต่อไป⁸

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁹ การประเมินและการปรับทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จะช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ¹⁰ นอกจากนี้ ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น วิธีการให้นม การอุ้มลูกในท่าที่ถูกต้อง รวมถึงการตรวจและแก้ไขความผิดปกติของหัวนม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มารดาที่มีภาวะหัวนมสั้น บอด หรือบวม ควรได้รับการประเมินสภาพของหัวนมและลานนมตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก ทั้งนี้ หากไม่เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด ควรมีการให้คำแนะนำในการแก้ไขลักษณะหัวนม พร้อมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้อง จนกระทั่งมารดามีความมั่นใจและสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง¹² อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างประสบความสำเร็จนั้น

ยังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในปัจจุบันที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน การนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีส่วนช่วยเพิ่มความมั่นใจและสนับสนุนให้มารดาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม¹³ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการดำเนินโปรแกรมในช่วงหลังคลอด ขณะที่ยังไม่พบโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมความรู้ ทักษะคิด และทักษะการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับห้วงนมในหญิงตั้งครรภ์แรกเริ่มในช่วงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังคลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ต่อความรู้ ทักษะคิด และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงนมในหญิงตั้งครรภ์แรก เพื่อให้มารดาได้มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปรับทัศนคติให้เห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาห้วงนมได้อย่างถูกต้อง มีความพร้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

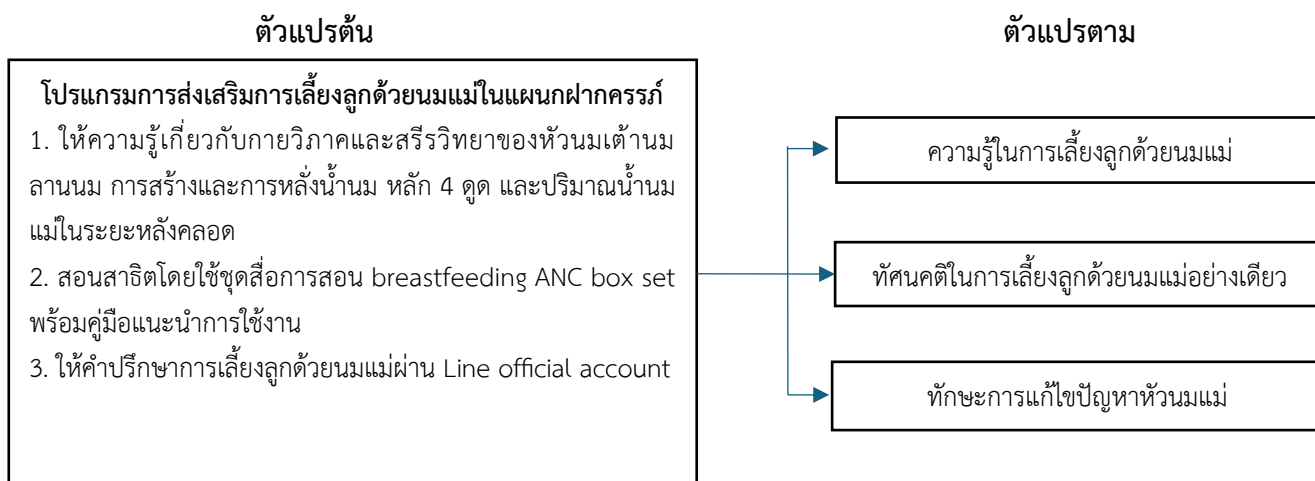
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ต่อความรู้ ทักษะคิด และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงนมในหญิงตั้งครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์
2. คะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์
3. คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงนมของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (social cognitive learning theory) ของ Albert Bandura¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้ ทักษะคิด และทักษะการแก้ไขปัญหาห้วงนมในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยมีความเชื่อว่าเมื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ การช่วยเหลือ การสอนการสาธิต การใช้ตัวแบบ และการฝึกทักษะในการแก้ไขห้วงนมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาห้วงนมสั้น บอดหรือบวม จะส่งผลให้มารดาที่เข้ารับการฝากครรภ์ในระยะก่อนคลอด มีความรู้มีทัศนคติที่ดีเกิดแรงจูงใจและปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการแก้ไขปัญหาหัวนมในหญิงตั้งครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกอายุมากกว่า 18 ปี ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2 อ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยคล้ายคลึงกัน¹⁵ กำหนดให้ขนาดอิทธิพลอยู่ใน ระดับปานกลางที่ 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ 0.8 และกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10^{16} เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีการต้องยุติ ถอนตัว หรือสูญหายจากการวิจัย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 24-28 สัปดาห์ 2) ความยาวของหัวนม < 7 มิลลิเมตร หรือหัวนมบอด หรือบวม 3) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มี line application ที่สามารถใช้สื่อสารได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) เคยมีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด 3) มีข้อห้ามหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการดูนมแม่จากเต้านมของมารดา เช่น ติดเชื้อ HIV ติดเชื้อ herpes บริเวณเต้า ใช้สารเสพติด เกณฑ์ยุติการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีเลือดออกทางช่องคลอด 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองและเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา¹⁴ โดยมีแนวคิดที่ว่า เมื่อให้ความรู้ การสอน หรือสาธิต การใช้ตัวแบบ และการฝึกทักษะในการแก้ไขหัวนมและลานนมในรายที่หัวนมสั้น บอดหรือบวม รวมถึงปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้ว จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี

เกิดแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย อย่งน้อย 6 เดือน และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาห้วนม และลานนม เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยโปรแกรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของห้วนม เต้านม ลานนม การสร้างและการหลั่งน้ำนม หลัก 4 จุด และปริมาณน้ำนมแม่ในระยะหลังคลอด 2) การสอนสาธิตโดยใช้ชุดสื่อการสอน breastfeeding ANC box set โดยใน breastfeeding ANC box set ประกอบด้วย breast shell เต้านมจำลอง ขวดปั้มนมแบบ มือถือ ผ้าขนหนูผืนเล็ก หุ่นจำลองทารก พร้อมคู่มือแนะนำการใช้งาน และ 3) การให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ผ่าน line official account ชื่อกลุ่ม BF ANC program ที่มีสื่อภาพความรู้เกี่ยวกับ ท่าอุ้มทารกเข้า เต้า หลักการดูดของทารก จำนวน 3 ภาพ และวิดีโอแนะนำการทำ hoffmann's maneuver ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความพร้อมในการมีบุตร และจำนวนเดือนที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลความยาวของห้วนม ลักษณะลานนม และเต้านม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากสมุดฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ สองตัวเลือก ใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบว่าใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวม ระหว่าง 0-10 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์¹⁷ คะแนน 0-3 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนน 4-7 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 8-10 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ของ ชพพัฒนา จันทบุรี และคณะ¹⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถาม ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1คะแนน การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวม ทั้ง 12 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5-60 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่า มารดามีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหาห้วนมในระยะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม แบบเลือกตอบ สามตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-20 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์¹⁷ คะแนน 0-6 หมายถึง มีทักษะ การแก้ไขปัญหาห้วนม ระดับน้อย คะแนน 7-13 หมายถึง มีทักษะการแก้ไขปัญหาห้วนม ระดับปานกลาง และคะแนน 14-20 หมายถึง มีทักษะการแก้ไขปัญหาห้วนม ระดับมาก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ 4) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวย 5) แบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหาห้วนมในระยะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหาความชัดเจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ โดยคำนวณค่า content validity index (CVI) ของเครื่องมือทั้ง 5 ชุด ได้ค่าเท่ากับ 1.00, 0.90, 0.90, 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

การหาค่าความเที่ยง (reliability) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และ 3) แบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหาหิวนมในระยะตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 20 ราย แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่า KR-20 (kuder-richardson formula 20) เท่ากับ 0.82 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หมายเลขเอกสารรับรอง SPRNW-REC 023/2024 ลงวันที่ 5 กันยายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ หมายเลขเอกสารรับรอง COE No.9/2568 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการดำเนินงาน และประโยชน์ที่จะได้รับ ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตามที่ต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย แก่หัวหน้าแผนกและพยาบาลในแผนกฝากครรภ์
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด
3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและขออนุญาตหญิงตั้งครรภ์ในการติดต่อผ่านทางไลน์ อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรม และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และแบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหาหิวนมในระยะตั้งครรภ์ (pre-test) ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
2. ผู้วิจัยดำเนินการเริ่มโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้
 - 2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของหิวนม เต้านม ลานนม การสร้างและการหลั่งน้ำนม หลัก 4 ดูด (ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกต้อง และดูดเกลี้ยงเต้า) และปริมาณน้ำนมแม่ในระยะหลังคลอด โดยใช้สื่อภาพประกอบการสอน ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที
 - 2.2 ผู้วิจัยสอนสาธิตโดยใช้ชุดสื่อการสอน breastfeeding ANC box set แนะนำการประเมินหิวนม ลานนมและเต้านม และสอนการแก้ไขปัญหาหิวนม ลานนม ตามสภาพของหิวนม ลานนมที่พบและข้อควรระวัง ได้แก่

สอนการทำ hoffmann's maneuver โดยใช้เต้านมจำลองหรือสอนการแก้ไขด้วย breast shell ระยะเวลาในการปฏิบัติและความถี่ในการแก้ไขห้วนม สาธิตทำในการอุ้มทารกเข้าเต้า ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

2.3 ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม line official account สำหรับให้คำแนะนำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการติดตามผลในนัดครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2

ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้คำแนะนำที่สร้างความมั่นใจและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาโดยคำนึงถึงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์และส่งสื่อภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ผ่าน line official account

ชั้นหลังทดลอง

สัปดาห์ที่ 4-6 (ฝากครรภ์ตามนัด)

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และแบบสอบถามทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์ (post-test) พร้อมทั้งตอบข้อซักถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและสิ้นสุดโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความพร้อมในการมีบุตร และจำนวนเดือนที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลัง หลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่อายุ 20-25 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอยู่ในช่วง 26-30 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 และ 31 ปี ขึ้นไปจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 จบการศึกษามากที่สุด ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมา คือ ปริญญาตรี 9 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.00 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 และประกอบอาชีพเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง มากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับอายุครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนอยู่ในช่วง 20-24 สัปดาห์ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 ความพร้อมในการมีบุตร พบว่า วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 จากการวัดความยาวของหัวนมทั้งสองข้าง มีความยาวอยู่ระหว่าง 3-6 มิลลิเมตร พบว่า ข้างซ้ายเฉลี่ย 5.87 มิลลิเมตร และข้างขวาเฉลี่ย 5.23 มิลลิเมตร ความยืดหยุ่นของลานนมและลักษณะเต้านมทั้งสองข้างเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แทะ หรือคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 100

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 7.73 คะแนน (SD=2.33) และ

ภายหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 9.07 คะแนน (SD=1.31) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับนมแม่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=2.436$, $p=.015$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ wilcoxon signed ranks test

คะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ ในระยะตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)					
	Mean	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.73	2.33	10.43	73.00	2.436	.015
ภายหลังได้รับโปรแกรม	9.07	1.31	14.00	252.00		

3. คะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 43.63 คะแนน (SD=3.29) และ ภายหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 47.53 คะแนน (SD=5.17) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=2.761$, $p=.006$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ wilcoxon signed ranks test

คะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)					
	Mean	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	43.63	3.29	10.94	98.50	2.761	.006
ภายหลังได้รับโปรแกรม	47.53	5.17	17.45	366.50		

4. คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 2.80 คะแนน (SD=1.472) และ ภายหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 11.60 คะแนน (SD=2.54) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=4.808$, $p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหานมแม่ในระยะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ wilcoxon signed ranks test

คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา นมแม่ในระยะตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)					
	Mean	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.80	1.47	.00	.00	4.808	< .001
ภายหลังได้รับโปรแกรม	11.60	2.54	15.50	465.00		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา¹⁴ ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสอน การสาธิต และการใช้ตัวแบบจำลอง ช่วยส่งเสริมการรับรู้และการเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นที่หญิงตั้งครรภ์มักมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบมาก่อนเริ่มต้นโปรแกรมฯ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับความยาวหัวนม หรือการมีน้ำนมไหลซึมในระหว่างตั้งครรภ์ เพียงร้อยละ 53.40 และ 56.70 ตามลำดับ แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม ความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 และ 76.70 ตามลำดับ นอกจากนี้โปรแกรมจะให้ความรู้ในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านมและกระบวนการสร้างน้ำนมแล้ว ยังส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกทักษะจริงผ่านสื่อการเรียนรู้แบบบูรณาการ ผ่านการสาธิตโดยใช้ชุดสื่อการสอน breastfeeding ANC box set และให้คำปรึกษาสื่อสารการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่าน line official ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก มีโอกาสซักถามปัญหาและทบทวนเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา ลักษณะเฉพาะอีกประการหนึ่งที่ทำให้โปรแกรมนี้มีความสำคัญ คือ การผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการสาธิต และการสนับสนุนแบบต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี ซึ่งตอบโจทย์ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ในยุคปัจจุบันที่ต้องการความยืดหยุ่นและการสนับสนุนที่ไม่จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับนุจรินทร์ เฟ่งพิศ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ด้วยวิธีการสอนที่หลากหลาย ฝึกทักษะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ และการติดตามหลังจำหน่าย ทำให้มารดามีความรู้ ทักษะ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดโดยเฉพาะในครรภ์แรกจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นั้น ควรให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการให้นมแม่และวิธีการให้นมแม่และการสอนเป็นรายบุคคล จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจเข้าใจวิธีการ และออกแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เหมาะสมแก่ตนเอง จนเกิดเป็นความพึงพอใจที่จะให้นมแม่ต่อไป²⁰

คะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังภายหลังได้รับโปรแกรม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ในโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลังน้ำนม รวมถึงปริมาณน้ำนมในช่วงหลังคลอด โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่า ก่อนเริ่มต้นโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่เชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.97 คะแนน (SD=1.27) และการกินนมแม่อย่างเดียวยังทำให้ลูกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ คะแนนเฉลี่ย 4.07 คะแนน (SD=1.33) จากคะแนนเต็ม 5 ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (SD=1.27) และ 4.37 (SD=1.03) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการที่หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลังน้ำนม และปริมาณน้ำนมแม่ในระยะหลังคลอดทำให้เกิดทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเพิ่มขึ้น จุดเด่นของโปรแกรมอยู่ที่ การให้ความรู้แบบเจาะลึกเกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลังน้ำนม รวมถึงการอธิบายปริมาณน้ำนมที่เพียงพอในแต่ละช่วงหลังคลอด โดยใช้สื่อการสอนที่ทันสมัยและเข้าถึงง่าย เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และระบบปรึกษาออนไลน์ผ่าน line official ซึ่งไม่เพียงแต่ถ่ายทอดข้อมูลเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความกังวลและสร้างความเชื่อมั่นให้หญิงตั้งครรภ์ รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Piro และ Ahmed²¹ ที่ศึกษาผลของการพยาบาลในระยะฝากครรภ์

ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติสูงกว่ากลุ่มทดลองในกลุ่มควบคุม

คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหาลูกของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกฝากครรภ์ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหาลูกของมารดาในระยะตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 2.80 คะแนน (SD=1.472) และภายหลังจากได้รับโปรแกรม เท่ากับ 11.60 คะแนน (SD=2.54) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างเด่นชัด ในการเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาลูกของหญิงตั้งครรภ์แรก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มีประสบการณ์ตรงในการให้นมบุตร และมักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของเต้านมและหัวนมสำหรับการให้นมหลังคลอด จุดแข็งและความเฉพาะของโปรแกรมนี้อยู่ที่การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ลงลึกในทักษะที่จำเป็น ผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง โดยใช้เต้านมจำลองเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ พร้อมกับให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกทำด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังเสริมด้วยสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบภาพนิ่ง วิดีโอสั้น และช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน line official ที่เปิดโอกาสให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและซักถามได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรม ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์สามารถพบทบทวนทักษะเมื่ออยู่ที่บ้าน และได้รับการติดตามผลลัพธ์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 อย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการติดตาม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถระบุสาเหตุของภาวะหัวนมแตกจากการดูดผิดวิธีของการทารกได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถเลือกใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสมกับลักษณะหัวนม เช่น หัวนมสั้น และสามารถปฏิบัติเทคนิค hoffmann's maneuver ได้อย่างแม่นยำ สิ่งเหล่านี้ สะท้อนถึงความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้กับบริบทส่วนบุคคลได้อย่างเหมาะสม ความสำคัญของการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาในระยะตั้งครรภ์เช่นนี้ ไม่เพียงช่วยลดโอกาสเกิดภาวะเต้านมคัดตึงในระยะหลังคลอด²² แต่ยังเป็นการวางรากฐานให้มารดาสามารถให้นมแม่ได้อย่างราบรื่น และมีความต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chainakin และคณะ²³ ที่ให้ความรู้และฝึกทักษะในช่วงฝากครรภ์ การจัดทำทางที่ถูกต้อง และการแก้ไขปัญหาลูกที่อาจเกิดขึ้นและติดตามไปจนถึงหลังคลอดเพื่อให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาลูกเป็นรายบุคคล ทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด รวมถึงงานของ Prasitwattanaseree และคณะ²⁴ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรม และสนับสนุนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรก โดยในระยะฝากครรภ์มีการสอนสาธิตทักษะการแก้ปัญหาลูกด้วยนมแม่ การเอาลูกเข้าเต้า โดยใช้โมเดลเต้านมจำลองและตุ๊กตา พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนสูงขึ้น โปรแกรมนี้จึงมีความเฉพาะโดดเด่นที่แตกต่างจากแนวทางเดิม ด้วยการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเตรียมความพร้อมได้ทั้งทางกายและใจ สอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัยเน้นการประเมินและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 เพื่อให้มารดาทุกคนสามารถให้นมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนแรก ได้อย่างมั่นใจ และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. พยาบาลในแผนกฝากครรภ์ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้ประโยชน์ในการให้ความรู้ สอนสาธิตและติดตามหญิงตั้งครรภ์เพื่อแก้ไขปัญหาลูกด้วยนมแม่และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์แรก

2. ควรประเมินการใช้โปรแกรมของหญิงตั้งครรภ์เพื่อนำข้อมูล เช่น ระยะเวลา ความถี่และกิจกรรมใดบ้างที่ทำและไม่ได้ทำเพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมฯ ต่อไป

3. ควรติดตามระยะยาวจนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินว่ามีการแท้ง การคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ หวั่นยาวจากเดิมมากน้อยอย่างไร หรือยังมีปัญหาหวั่นสั้นหรือไม่ เพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมทั้งในห้วงคลอดและในระยะหลังคลอด เช่น LATCH score และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยหลังคลอด

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีหวั่นสั้น บอด หรือนุ่ม และมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programs [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf>
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Health Data Center [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>
3. Massare BA, Hackman NM, Sznajder KK, Kjerulff KH. Helping first-time mothers establish and maintain breastfeeding: a prospective cohort study. Plos one 2023; 18(6): e0287023.
4. Keller C, Wolf F, Lischka A, Geyer M, Obermair A, Wenzl R. Breastfeeding in primiparous women – expectations and reality. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23:112.
5. Postpartum Department, Sawanpracharak Hospital. Breastfeeding rate record. Internal document. Nakhon Sawan: Sawanpracharak Hospital; 2024. (in Thai)
6. Buttham S, Kongwattanakul K, Jaturat N, Soontrapa S. Rate and factors affecting non-exclusive breastfeeding among Thai women under the breastfeeding promotion program. Int J Womens Health 2017;9:689–94.
7. Huang Y, Lee J, Zhao X, Xu H, Wang Y. The rates and factors of perceived insufficient milk supply: a systematic review. Matern Child Nutr 2022;18(1):e13255.
8. Saengploy T, Fhunpayom S, Sitthiboonma N, Chomphunit P. The social media: how to apply for breastfeeding promotion. J Nurs Health Sci 2021;15(1):42–53. (in Thai)
9. Sriwongchai L, Shinkam C, Wariloon A, Sripoun S. Development of breastfeeding promoting program for first-time postpartum mothers and their families. Mahasarakham Hosp J 2018;18(3):99–112. (in Thai)

10. Thepha T. Knowledge, attitude, and perception of 6-month exclusive breastfeeding supporting behaviors of husband in the northeast region: a study in tertiary hospitals. *J Nurs Sci Health* 2021;44(3):17–33. (in Thai)
11. Olalere A, Harley A. An evidence-based nipple care pathway for new breastfeeding mothers: a Delphi study. *Int Breastfeed J* 2024;19:14.
12. Sangbamrung P, Suebsirinukul W, Kokkrahtoke K, Yoomai K, Rungsee K, Sritrakul K, et al. The role of nurses in caring for mothers with short nipples. *J Health Nurs Educ* 2022;28(2):e259872. (in Thai)
13. Nakamadee B, Khanthayod J, Suksaward A. Effect of breastfeeding knowledge online program on knowledge and behavior of breastfeeding mothers in postpartum adolescent mothers in Phitsanulok. *Bull Coll Nurs Surin* 2022;12(2):17–28. (in Thai)
14. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall;1986.
15. Pempsakun J, Rodkaew P, Dulyakasem U. The effects of nipple creation innovation on breastfeeding success in post-cesarean mothers with short nipples. *Mahachula Nakhonthon J* 2021;8(2):154–67. (in Thai)
16. Polit DF. *Statistics and data analysis for nursing research*. 2nd ed. New Jersey: Pearson;2010.
17. Best JW, editor. *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall;1997.
18. Jeenlakkaroy N, Nureuk T, Masuk Kampangjinda P, Buranathanit C. Factors influencing exclusive breastfeeding intention among mothers whose infants are admitted to neonatal intensive care units immediately after birth. *J Nurs Health Sci Res* 2024;16(1):e265960. (in Thai)
19. Pengpit N, Mungkamanee S, Pataipakaipet K. Effects of breastfeeding promotion program on knowledge, attitude, and skills related to breastfeeding of postpartum mothers in breastfeeding clinic, Phahon Phon Phayusasana Hospital, Kanchanaburi Province. *J Prachomklao Coll Nurs* 2022;5(1):58–69. (in Thai)
20. Kala S. *Breastfeeding support: nurses' role*. Songkhla: Chanmuang Printing;2018.
21. Piro SS, Ahmed HM. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:19.
22. Padmasree SR, Varghese L, Krishnan AS. Effectiveness of prenatal teaching on prevention of breast engorgement. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(9):3927–31.
23. Chainakin P, Sansiriphun N, Chaloumsuk N, Deeluea J. Effectiveness of the breastfeeding self-efficacy and family support enhancement program among first-time postpartum mothers: a randomized controlled trial. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2023;27(4):528–43.
24. Prasitwattanaseree P, Sinsuksai N, Prasopkittikun T, Viwatwongkasem C. Effectiveness of breastfeeding skills training and support program among first-time mothers: a randomized control trial. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019;23(3):258–70.

25. Department of Health, Ministry of Public Health. Antenatal care manual for health personnel. Nonthaburi: Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health;2022. (in Thai)

**การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล “เกมกระดานปรับเปลี่ยนป้อม (ทริปเปิลพี)”
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน จังหวัดชัยภูมิ***

อนุชิตา เหมโนนทอง พย.บ.**

นิศาชล บุบผา ปร.ด.*** ณัฏฐ์ชานันท์ วงศ์ชาติ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลและประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการพยาบาล เกมกระดานปรับเปลี่ยนป้อม (เกมกระดานทริปเปิลพี)” โดยบูรณาการกรอบการคิดเชิงออกแบบและทฤษฎี การแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริช การศึกษาแบ่งการศึกษา เป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม เกมกระดาน และระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้นวัตกรรมพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น เพศหญิง อำเภอซับใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรม ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.949 และตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.998 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมการพยาบาล “เกมกระดานปรับเปลี่ยนป้อม (เกมกระดานทริปเปิลพี)” ซึ่งพัฒนาโดยประยุกต์จากเกมกระดานเศรษฐีแบบดั้งเดิมเป็นสื่อการเรียนรู้ที่มุ่งถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นวัตกรรมการพยาบาลนี้ ประกอบด้วย อุปกรณ์การเล่น กติกา และคู่มือ การใช้งาน ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ภายหลัง การทดลองใช้งานกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ ระดับมาก ร้อยละ 70 คะแนน เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\text{mean}=3.56$, $\text{SD}=1.50$) และความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับ มาก ($\text{mean}=4.64$, $\text{SD}=0.30$) นวัตกรรมการพยาบาลนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือเป็นสื่อกลางในการสื่อสารประเด็นเพศศึกษาระหว่างเด็กเยาวชนกับ ผู้ใหญ่ อาทิ ผู้ปกครอง ครู และพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและ ลดความอึดอัดในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ที่เหมาะสม สำหรับเยาวชน

คำสำคัญ: การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การคิดเชิงออกแบบ เกมกระดาน นวัตกรรมการพยาบาล เพศศึกษา

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE 672018 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 30 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 4 เมษายน 2568

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเกมกระดานปรับเปลี่ยนป้อม (ทริปเปิลพี) ต่อความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิง มัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ”

**นักศึกษพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานบรรณกิจ อีเมล nadcwo@kku.ac.th

The development of nursing innovation "promotion, prevention, protection board game (Triple P Board Game)" for unintended pregnancy prevention in children and youth in Chaiyaphum province*

Anuchida Hemnonthong B.N.S.**

Nisachon Bubpa Ph.D.*** Nadchanan Wongchalee Ph.D.****

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing innovation "Promotion, Prevention, Protection Board Game (Triple P Board Game)" by integrating the design thinking process and the theory of inventive problem solving (TRIZ). The study was divided into two phases: Phase 1 the development of board game innovation, and Phase 2 evaluation of the nursing innovation effectiveness. The sample group consisted of 30 female secondary school students from Sap Yai District, Chaiyaphum Province. Data collection instruments included a knowledge questionnaire, a health literacy questionnaire, and a questionnaire on feasibility of implementing the innovation. The reliability was tested using Kuder-Richardson 20 (KR-20), which obtained reliability index of 0.949 and Cronbach's Alpha coefficient of 0.998. Data were analyzed using descriptive statistics.

The findings revealed that the nursing innovation "Promotion, Prevention, Protection Board Game (Triple P Board Game)", which was developed by adapting from the traditional Monopoly board game, serves as an educational medium designed to convey knowledge about preventing unintended pregnancy. This nursing innovation comprised playing equipment, rules, and a user manual, which had been examined for content quality by experts and were refined prior to being tested. Post-trial, participants demonstrated high knowledge scores (70%), moderate overall health literacy scores (mean=3.56, SD=1.50), and high feasibility ratings for implementation (mean=4.64, SD=0.30). This nursing innovation can be applied as part of unintended pregnancy prevention programs or as a medium for sex education communication between youth and adults such as parents, teachers, and community nurses. It emphasizes creating a safe learning environment and reducing discomfort in sex education communication, which aligns with guidelines for promoting appropriate sexual health for youth.

keywords: unintended pregnancy prevention; design thinking; board game; nursing innovation; sex education

Ethical approval: HE 672018, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 30 December 2024, Revised 28 March 2025, Accepted 4 April 2025

*Supported by Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand and in the part of thesis title Effectiveness of Promotion, Prevention, Protection (Triple P) Board Game on Knowledge And Health Literacy for Unintended Teenage Pregnancy Prevention among Female Secondary School Students in Phakdi Chumphon District, Chaiyaphum Province"

**A student of the master of nursing science program in community nurse practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

****Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand, Corresponding author, E-mail: nadcwo@kku.ac.th

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนของไทย ยังคงเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขที่น่ากังวล จากข้อมูลของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการคลอดในหญิง อายุ 15-19 ปีของไทยอยู่ที่ 30 ต่อ 1,000 คน¹ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคเอเชียตะวันออกถึง 2 เท่า² การตั้งครรภ์ในช่วงเด็กและเยาวชนหรือการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด³ ปัญหาสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่น⁴ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ⁵ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์⁶ คลอดก่อนกำหนด⁷⁻⁸ ทารกน้ำหนักตัวน้อย^{5,7-9} ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด¹⁰⁻¹¹ เป็นต้น โดยปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน มีทั้งสาเหตุภายใน เช่น เพศหญิงมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและทางเพศเร็วกว่าเพศชาย¹² การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการใช้เพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดไม่เพียงพอ ทศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ระดับน้อย การใช้สารเสพติด ความเหงาความอยากรู้อยากลอง¹³⁻¹⁴ และสาเหตุภายนอก เช่น ครอบครัวข้ามรุ่น ปัญหาครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี สภาพชุมชนที่อยู่อาศัยเพื่อนที่เป็นแบบอย่างไม่ดี เป็นต้น¹³⁻¹⁵ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเรียนไม่ดี ต้องออกจากระบบการศึกษา แม่เลี้ยงเดี่ยว การว่างงาน และความยากจน ทั้งหมดข้างต้นมีทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่หลากหลายและครอบคลุมในระดับบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมสร้างทักษะปฏิบัติการผ่านกิจกรรมหรือสื่อที่หลากหลาย เช่น สื่อวิดีโอ สื่อออนไลน์ เกมบัตรคำ หนังสือ การถ่ายทอดข้อมูลผ่านแกนนำกลุ่มเพื่อน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค่ายเยาวชนต้นแบบ สถานการณ์จำลองและการฝึกปฏิบัติ¹⁶⁻¹⁷

การเรียนรู้ผ่านเกม (game-based learning) เป็นการจัดการเรียนรู้ระดับบุคคลที่บูรณาการกิจกรรมเชิงเล่นภายใต้ขอบเขตเนื้อหาความรู้และกฎกติกาที่ชัดเจน เพื่อบูรณาการส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เพื่อนร่วมชั้นเรียนตลอดจนผู้สอน และเกมกระดานเป็นหนึ่งในสื่อการเรียนรู้ผ่านเกมหรือเกมการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการผสมผสานระหว่างเกมกระดานแบบดั้งเดิมที่มีกติกาไม่ซับซ้อนกับเกมกระดานวางแผนแบบใช้ไฟ ซึ่งมีมิติของโอกาสและความท้าทาย¹⁸ กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่นและวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสันทั้งใน ขั้นที่ 4 (ความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกลด้อย) สำหรับเด็กวัย 6-11 ปี ที่ต้องการประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับผ่านการบรรลุเป้าหมายหรือกิจกรรมในเกม และขั้นที่ 5 (อัตลักษณ์กับความสับสนในบทบาท) สำหรับวัยรุ่น 12-18 ปี ที่ต้องการค้นหาอัตลักษณ์ของตนเอง โดยเกมกระดานมีส่วนช่วยพัฒนาทั้งทักษะการควบคุมอารมณ์ การเจรจาต่อรอง และการทำงานร่วมกับผู้อื่น อีกทั้งยังเป็นสื่อกลางเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับเพื่อน และเป็นเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกและพัฒนาการทางสังคมอารมณ์ที่เหมาะสมตามช่วงวัย¹⁹

โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง ให้บริการเชิงรับและบริการเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ รวมถึงการออกบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่รับผิดชอบปี พ.ศ. 2563-2565 พบรายงานการตั้งครรภ์ในเด็กและเยาวชนหญิง อายุระหว่าง 12-19 ปี จำนวน 44 ราย ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์คิดเป็น ร้อยละ 85 เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิด ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี โดยผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 40.99 ยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ

29.55 ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11.36 ทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 6.82 การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 2.27 ครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 2.27 และปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ คือ ออกจากระบบการศึกษา ร้อยละ 20.45 และอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงบุตร ปัญหาเด็กอาศัยกับผู้สูงอายุรวมถึงการหย่าร้าง เด็กถูกทอดทิ้งไม่สนใจจากผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามข้อมูลในพื้นที่จากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านตัวอย่างคำถามลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในนักเรียนท้องในวัยเรียน ได้ข้อมูล “เด็กที่ท้องส่วนมาก ฝ่ายหญิงเป็นคนรับภาระ ฝ่ายชายหลายคนไม่รับผิดชอบ พอท้องแล้วก็ทิ้งกัน หลายคนคลอดลูกก็ทิ้งให้ตายายเลี้ยงตนเองไปหาทำงาน เป็นปัญหาตามกันเป็นทอด ๆ” และข้อมูลจากการสอบถามครูโรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่ผ่านตัวอย่างข้อคำถามสิ่งที่เกิดขึ้นในนักเรียนตั้งครรภ์พบ “นักเรียนท้องหลายคนเป็นลมเวียนศีรษะ ขาดโรงเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อน และอายุเพื่อน ๆ” เมื่อสอบถามเกี่ยวกับประเด็นเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ได้ข้อมูล “ในโรงเรียนมีการสอนเรื่องเพศศึกษาในคาบเรียนวิชาสุขศึกษา ส่วนมากบรรยาย” และการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ได้ข้อมูลว่า “ในโรงเรียนมีกลุ่ม อสม. น้อย ลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนให้คำปรึกษา กัน เด็ก ๆ ส่วนมากอายุไม่ค่อยพูดเรื่องนี้กับครู ส่วนใหญ่เขาคุยกับเพื่อน”

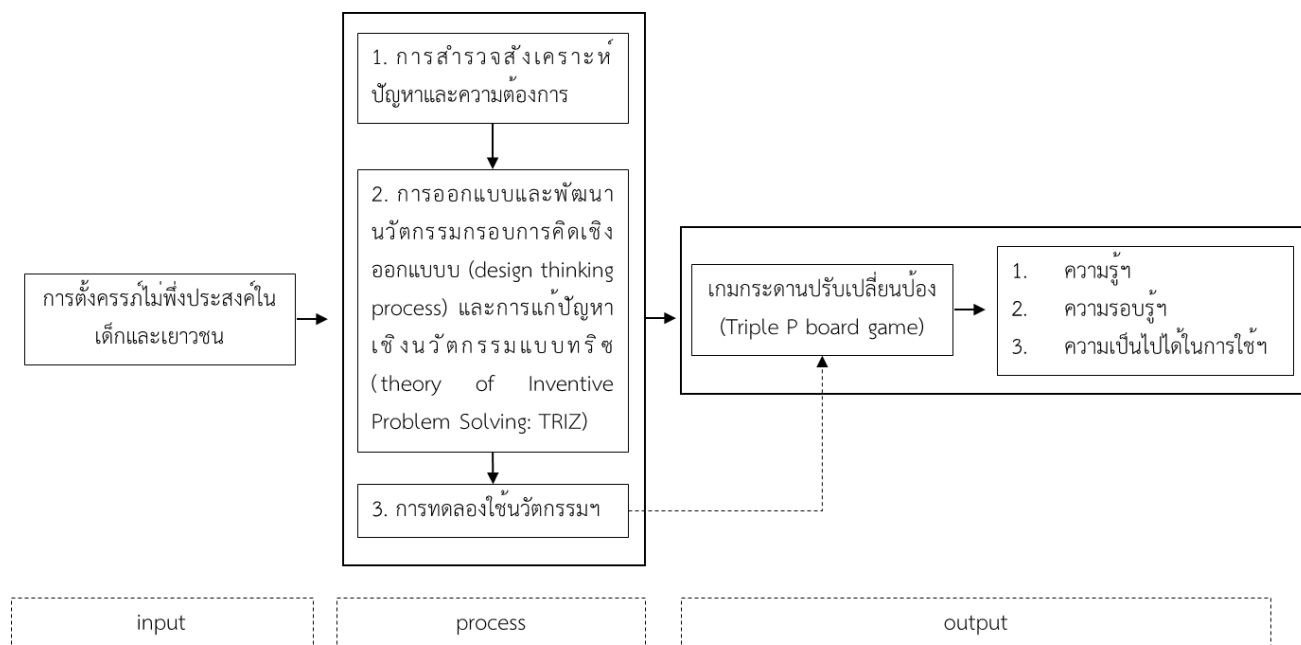
“เกมกระดานปรับเปลี่ยนป้องกัน (เกมกระดานทริปเปิลพี)” เป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนรู้ผ่านเกม โดยประยุกต์ใช้กรอบการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process)¹⁸ ร่วมกับการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริซ (theory of inventive problem solving: TRIZ)²⁰ ซึ่งเป็นกระบวนการที่นิยมในการออกแบบนวัตกรรม ประกอบด้วย กระบวนการวิจัยและกระบวนการพัฒนา โดยมีมุ่งหวังให้ผู้เล่นสามารถพัฒนาทักษะด้านความรู้ (hard skills) ควบคู่กับทักษะด้านอารมณ์ (soft skills) เช่น การตัดสินใจ ความฉลาดทางอารมณ์ การสื่อสารกับผู้อื่นทั้งระหว่างผู้เรียนและผู้สอนรวมถึงผู้ดูแล เนื่องจากสามารถใช้ได้ทั้งในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียน การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในช่วงพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน โดยเกมกระดานประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศ พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ ทักษะการปฏิเสธเรื่องเพศ ช่องทางการปรึกษาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ และประเมินผลความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแบบสอบถามที่ผู้พัฒนาสร้างขึ้น โดยเกมกระดานทริปเปิลพี เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ผู้พัฒนาจะนำไปใช้ในโปรแกรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แก่เด็กและเยาวชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน
2. เพื่อศึกษาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน หลังใช้นวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ แสดงความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและปัญหาการตั้งครรถไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนถูกนำมาพัฒนานวัตกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process)¹⁸ และการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริซ (theory of inventive problem solving: TRIZ)²⁰ เกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล และนำนวัตกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นไปทดลองใช้และวัดผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมด้วยความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมการพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนานวัตกรรม (innovative research and development) โดยประยุกต์ใช้กรอบการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process)¹⁸ และการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริซ (theory of inventive problem solving: TRIZ)²⁰ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายและเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย (empathize) (2) สังเคราะห์ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (define) (3) การระดมความคิดสร้างแนวคิดการแก้ไขปัญหามากมาย (ideate) (4) การสร้างต้นแบบ (prototype) และ (5) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย (test) ซึ่งนวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพีที่เกิดขึ้นจะถูกนำไปใช้และเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม เพื่อป้องกันการตั้งครรถไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพศหญิง อำเภอซับใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 447 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพศหญิง อำเภอซับใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 โดยการสุ่มหลายขั้นตอนอย่างง่าย อำเภอซับใหญ่มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 4 โรงเรียน สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกโรงเรียนหยิบ 1 ครั้ง ได้ 1 โรงเรียน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกชั้นเรียนหยิบ 1 ครั้ง ได้ชั้นเรียนมัธยมศึกษาที่ 2 จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ คือ นักเรียนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ รวมเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 20-60 นาที และ 2) นักเรียนมีความสนใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเกมกระดาน โดยการประยุกต์ใช้กรอบการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process)¹⁸ และการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริซ (theory of inventive problem solving: TRIZ)²⁰ รายละเอียดดังนี้ (1) การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายและเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อกำหนดขอบเขตของปัญหาให้ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลของสาเหตุปัจจัยของปัญหา การลงพื้นที่หาข้อมูลเพื่อหาประเด็นปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการสัมภาษณ์รายบุคคล รายกลุ่ม และการสัมภาษณ์ครูอนามัยโรงเรียนและจากนั้นทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน การตั้งครีที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน และแนวทางการดูแลระดับแนวปฏิบัติและนโยบายของอนามัยแม่และเด็ก (2) ผู้วิจัยสังเคราะห์ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางการความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหการตั้งครีที่ไม่พึงประสงค์ จากกลุ่มเป้าหมายผ่านกิจกรรมอนามัยโรงเรียน รวมถึงการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาด้านรูปแบบ และด้านความสะดวกในการใช้งานและความสามารถในการผลิตชิ้นงานนวัตกรรมทางการพยาบาล จากนั้น (3) นำข้อมูลประเด็นปัญหา ความสนใจ และงานอนามัยโรงเรียนมาสืบค้นทบทวนวรรณกรรมแนวทางการแก้ไขปัญห ทั้งจากงานกิจกรรมอนามัยโรงเรียน งานวิจัย งานทรัพย์สินทางปัญญา งานสินค้าในท้องตลาด โดยอาศัยหลักการการแยกออกและการรวมเข้าด้วยกันของทริซ และ (4) การสร้างต้นแบบ กำหนดประเด็นเนื้อหาของเกมกระดาน รูปแบบกติกาในการเล่น จำนวนผู้เล่น ตลอดจนการออกแบบเกมกระดานที่มีเอกลักษณ์เหมาะสมและน่าสนใจ จากนั้นจัดทำคู่มือประกอบการเล่นเกมกระดาน และจัดทำแบบประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครีที่ไม่พึงประสงค์ จากนั้นนำนวัตกรรมทางการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยผ่านการปรับปรุงและแก้ไขก่อนนำไปศึกษาความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพของบิดามารดา การเลี้ยงดูในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว บุคคลที่ปรึกษาเวลาไม่สบายใจ ประสพการณ์เกี่ยวกับความรู้เพศศึกษา

2) แบบวัดผลหลังการใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี เพื่อป้องกันการตั้งครีที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

นายแพทย์ อาจารย์พยาบาล และครูชำนาญการ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ด้านข้อมูลทั่วไป แนะนำให้ปรับเรียงลำดับความสัมพันธ์ในครอบครัวจากเดิมมากไปด้นน้อย ปรับข้อความลักษณะการเลี้ยงดู และเพิ่มการดูภาพยนตร์/ซีรีส์ บางข้อคำถามอ่านทำความเข้าใจได้ยาก ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ปรับแก้ไขและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

แบบวัดผลหลังการใช้วัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 10 ข้อ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม (1971) เป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรู้ระดับมากคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) ความรู้ระดับปานกลางคะแนน ร้อยละ 60-79 และ 3) ความรู้ระดับน้อยคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 แบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-richardson 20: KR-20) เท่ากับ 0.949 ค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.20-1.00

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการโต้ตอบซักถามและการแลกเปลี่ยนการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านการบอกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน ปฏิบัติสม่ำเสมอ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน และ ข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนปฏิบัติทุกครั้ง 1 คะแนน ปฏิบัติสม่ำเสมอ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 4 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติเลย 5 คะแนน แปลผลคะแนนด้วยเกณฑ์ของเบสท์ (1977) ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.998

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้เกมกระดานทริปเปิลพี พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากอังคินันท์ พรหมนิมิตร์ และคณะ²¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการเรียนรู้ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านความสามารถในการใช้งาน จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านประโยชน์และความต้องการใช้งาน จำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน แปลผลคะแนนด้วยเกณฑ์ของเบสท์²⁹ ดังนี้ 1) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้ ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.0 2) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้ ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 และ 3) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้ ระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพื้นที่แบบเป็นทางการ และขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างด้วยวาจาก่อนเข้าร่วมเล่นเกมกระดานในช่วงพักกลางวัน กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมได้ตามสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

การอธิบายการเล่นเกมกระดานและกติกาการเล่น สิ้นสุดเกมผู้มีคะแนนสูงสุดเป็นผู้ชนะ ระยะเวลาประมาณ 20-60 นาที หลังจากเล่นเสร็จผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบสอบถามลักษณะทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อพรรณาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวัดหลังการทดลองใช้นวัตกรรมการพยาบาลทริปเปิ้ลพี ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่หนังสือรับรอง HE 672018 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิ้ลพี

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิ้ลพี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในเด็กและเยาวชนด้วยการผสมผสานระหว่างการคิดเชิงออกแบบ (design thinking process)¹⁸ และการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมแบบทริซ (TRIZ)²⁰ ได้แก่ ขั้นที่ 1) การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย การเข้าใจปัญหาเพื่อกำหนดขอบเขตของปัญหา (empathy) ขั้นที่ 2) การสังเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและสรุปแนวทางความเป็นไปได้ในการแก้ไข้ปัญหา (define) ร่วมกับ การมองปัญหาในรูปแบบของความขัดแย้งด้านกายภาพ ด้วยตัวแปรด้านรูปแบบ (shape) และด้านความสะดวกในการใช้งาน (convenience of use) และความสามารถในการผลิต (manufacturability) ของทริซ ขั้นที่ 3) การระดมความคิดสร้างแนวคิดการแก้ไข้ปัญหาที่หลากหลาย (ideate) ร่วมกับค้นหาคำการแก้ปัญหา โดยอาศัย 40 หลักการพื้นฐาน ในการสร้างประดิษฐ์กรรมด้วยการแยกออก (extraction) ร่วมกับการรวมเข้าด้วยกัน (combining) ของทริซ ขั้นที่ 4) การสร้างต้นแบบ (prototype) และขั้นที่ 5) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงจุดประสงค์ของนวัตกรรม เพื่อให้เกิดความรู้ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนความต้องการและความเหมาะสมกับวัยของกลุ่มเป้าหมาย เกิดเป็นเกมกระดานทริปเปิ้ลพี รายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย การเข้าใจปัญหาเพื่อกำหนดขอบเขตของปัญหา ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยลงพื้นที่สัมภาษณ์ไม่เป็นทางการกับกลุ่มนักเรียนถึงความชอบและความสนใจ เกี่ยวกับการเล่นเกมการเรียนในช่วงนี้ และครูอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับการเรียนการสอนแพศศึกษาในโรงเรียนและสถานการณ์ การตั้งครรภ์ จากการสังเกตและพูดคุยแบบไม่เป็นทางการด้วยคำถามระหว่างวันว่าช่วงนี้เด็ก ๆ ชอบทำอะไรกัน พบว่า วัยเรียนชั้นประถมปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น จับกลุ่มหรือรวมกลุ่มกันในช่วงว่างระหว่างคาบเรียนหรือช่วงพักกลางวัน พูดคุยหรือมีกิจกรรมการเล่นร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อน โดยกิจกรรมการเล่นที่ได้รับความสนใจ ผ่านการสะท้อนจากการให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

“เล่นเกมด้วยกัน”- ผู้ให้ข้อมูล (S01)

“กะเล่นเกมเสร็จนี่ละ”- ผู้ให้ข้อมูล (S04)

ซึ่งจากการสังเกตส่วนมากบอกกล่าว เกี่ยวกับความรู้สึกจากการทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยความสนุกสนานผ่อนคลายจากการเรียนหนังสือ ผ่านการให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

“สนุกหลาย”- ผู้ให้ข้อมูล (S01)

“ไม่เครียดผ่อนคลาย”- ผู้ให้ข้อมูล (S03)

“ไม่แข่งขันต่อสู้กัน ชอบ...”- ผู้ให้ข้อมูล (S05)

จากการพูดคุยสอบถามผู้วิจัยค้นพบว่า กิจกรรมเกมที่เกิดขึ้นระหว่างพักของนักเรียนส่วนมาก เกมการ์ด เกมกระดาน จึงนำรูปแบบเกมเป็นตัวตั้งต้นในการค้นหาข้อมูลขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 2 การสังเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและสรุปแนวทางการความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดของทริซในการมองปัญหาในรูปแบบของความขัดแย้ง ด้านกายภาพด้วยตัวแปร ด้านรูปแบบ และด้านความสะดวกในการใช้งานและความสามารถในการผลิต จากข้อมูล ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ ลักษณะการเรียนรู้ในช่วงวัยเรียนวัยรุ่น และเกมการศึกษารูปแบบเกมกระดาน โดยประยุกต์เกมกระดานเศรษฐกิจ อุปกรณ์และกติกาการเล่น และสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมทั้งเชิงพาณิชย์ เชิงการศึกษาวิจัย รวมถึงการสืบค้นข้อมูล ทรัพยากรเส้นทางปัญญาจากฐานกรมทรัพยากรเส้นทางปัญญาและฐานองค์การทรัพยากรเส้นทางปัญญาโลก เพื่อประมวลผล และนำเสนอขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 3 การระดมความคิดสร้างแนวคิดการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายร่วมกับค้นหาการแก้ปัญหา ในการสร้างสิ่งประดิษฐ์ ด้วยการแยกออกมาร่วมกับการรวมเข้าด้วยกันของทริซ จากข้อมูล ขั้นที่ 1 เกี่ยวกับการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย พบว่า สนใจการเล่นร่วมกัน การเล่นเกมการ์ดและเกมกระดาน และขั้นที่ 2 จากการสืบค้นข้อมูลทั้งงานวิจัยและงานทรัพยากรเส้นทางปัญญา โดยใช้เกมเศรษฐกิจเป็นตัวตั้งต้นในการประยุกต์ เพื่อสอดคล้องกับการเล่นเกมกระดานที่นักเรียนนิยม นำสู่การออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล โดยการดัดแปลงเกมกระดานเศรษฐกิจ คือ กระดานเดินหมากในแต่ละช่องถูกดัดแปลงเป็นข้อคำถามและแต้มคะแนน ที่ผู้เล่นจะได้รับ การทอดลูกเต๋าถูกแทนที่ด้วยวงล้อหมุน เพื่อเดินหมากในแต่ละครั้ง บัตรพิเศษถูกปรับเป็น บัตรคำถามพร้อมเฉลยที่หลังบัตรและสิ่งเพิ่มเติม คือ แบบบันทึกคะแนน ตัวเดินหมากที่ปรับเป็นรูปใบหน้าแสดงอารมณ์ (emoji) รายละเอียดอุปกรณ์และการเล่น ผู้วิจัยนำเสนอใน ขั้นที่ 4

ขั้นที่ 4 การสร้างต้นแบบ ต้นแบบเกมกระดานทริปเปิลพี รายละเอียด ดังนี้

1) อุปกรณ์เกมกระดานทริปเปิลพี ประกอบด้วย (1) กระดานเดินหมากสำหรับเดิน เก็บคะแนน ทำจากแผ่นโฟมพลาสติกและสติ๊กเกอร์ภาพและข้อความ (2) ป้ายวงล้อหมุนสำหรับเลือกจำนวน การเดินของผู้เล่นในแต่ละครั้ง ทำจากแผ่นโฟมพลาสติกและสติ๊กเกอร์ภาพและข้อความ (3) บัตรลุ่นดวง-เสียงไซเค สำหรับตอบคำถามพิชิตคะแนนพิเศษ โดยมีคำอธิบายคำตอบอยู่ด้านหลังจากบัตร ออกแบบข้อความและภาพ และพิมพ์ด้วยกระดาษชนิดแข็งเคลือบพลาสติก (4) ใบบันทึกคะแนนจะเป็นตัวสะสมคะแนนระหว่างการเล่น เกมกระดาน ออกแบบข้อความและภาพและพิมพ์ด้วยกระดาษชนิดแข็งเคลือบพลาสติก (5) คู่มือผู้เล่น ใช้อ่าน กติกาและวิธีการเล่นเกมกระดาน ออกแบบรูปแบบและจัดทำเป็นคู่มือเล่มเล็กเคลือบพลาสติก (ภาพที่ 2) สำหรับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับอุปกรณ์เกมกระดาน ได้แก่ การออกแบบกระดาน บัตร คู่มือใช้ตัวอักษรความเหมาะสม ตามวัย สีสันเหมาะสมสวยงาม ขอบเขตเนื้อหาครบถ้วนเข้าใจง่าย และปรับขนาดตัวหนังสือให้อ่านง่ายขึ้น



ภาพที่ 2 ตัวอย่างเกมกระดานทริปเปิลพี

2) กติกาของเกมกระดานทริปเปิลพี ได้แก่ ผู้เล่นต้องเก็บคะแนนในใบบันทึกคะแนนให้มากที่สุดและเร็วที่สุด จะเป็นผู้เล่นในเกมนั้นๆ โดยมีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกติกา ได้แก่ เข้าใจได้ง่าย

3) การเล่นเกมกระดานทริปเปิลพี ได้แก่ ผู้เล่นหมุนวงล้อและเดินหมากตามจำนวนครั้งที่ได้สำหรับเดิน และอ่านข้อคำถามบนกระดานสำหรับเก็บคะแนนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศ พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ ทักษะการปฏิเสธเรื่องเพศ ช่องทางการปรึกษาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ เมื่อผู้เล่นตอบเสร็จสามารถเฉลย ถ้าตอบถูกจะได้รับการยอมรับให้เก็บคะแนนได้ หรือหากผู้เล่นเดินไปตกพื้นที่ลึกลับ-เสียงไขคจะมีคำถามพิเศษ สำหรับเก็บคะแนนพิเศษ ผู้เล่นคนใดเดินเก็บคะแนนได้ครบและเร็วที่สุดจะเป็นผู้เล่นในครั้งนั้น โดยมีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเล่น ได้แก่ ง่าย ไม่มีความซับซ้อน สนุกสนาน ได้ทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและได้ความรู้ในเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเล่นควรเพิ่มจำนวนข้อคำถามและเพิ่มภารกิจกรรมการสุ่มลึกลับ-ไขค

2. ผลการใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี

2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ ระหว่าง 13-15 ปี ส่วนมากอาศัยอยู่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ร้อยละ 96.67 สถานภาพของบิดามารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 60.00 หย่าร้าง ร้อยละ 33.34 การเลี้ยงดูในครอบครัวใช้เหตุผลเข้าใจกันและกัน ร้อยละ 46.00 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 56.67 บุคคลที่ปรึกษาเวลาที่รู้สึกไม่สบายใจปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 36.67 ปรึกษาบิดามารดาผู้ปกครอง ร้อยละ 33.33 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างเลือกปรึกษาครู ประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศศึกษา ร้อยละ 80.00

2.2 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน หลังใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ ระดับมาก ร้อยละ 70 (ตารางที่ 1) เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์รายข้อย่อย พบว่า ข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อที่กลุ่มเป้าหมายตอบถูกน้อยกว่า ร้อยละ 60 คือ ข้อคำถามข้อที่ 1 “ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง” ข้อความเกี่ยวกับประจำเดือนและคำถามข้อที่ 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งรายละเอียดการวิเคราะห์รายข้อย่อยนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมโน้ตโปรแกรม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนต่อไป

ตารางที่ 1 ร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ระดับความรู้	ร้อยละ (จำนวน)
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	70 (21)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	0 (0)
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	30 (8)
Mean $\pm$ SD	7.19 $\pm$ 3.56
Median (Min:Max)	0:10

2.3 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน หลังใช้วัชกรรมการพยาบาลเกมกระดานทริปเปิลพี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ระดับปานกลาง (mean=3.56, SD=1.50) เมื่อวิเคราะห์รายช้อย่อย พบข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ย

ระดับปานกลาง-น้อย (ตารางที่ 2-3) ซึ่งรายละเอียดจากการวิเคราะห์รายช้อย่อยนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนต่อไป

ตารางที่ 2 ร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ (จำนวน)
ระดับมาก (คะแนนระหว่าง 3.68-5.00)	33.33 (10)
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34-3.67)	63.33 (19)
ระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 1.00-2.33)	3.34 (1)
Mean $\pm$ SD	3.56 $\pm$ 1.50

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ด้าน/ข้อคำถาม (บางส่วน)	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
1) ด้านการเข้าถึงการป้องกันการตั้งครรภ์	3.69 $\pm$ 1.85	มาก
.. ฉันตรวจสอบข้อมูลสุขภาพทางเพศ เช่น ... การคุมกำเนิด ..	3.55 $\pm$ 1.50	
.. ฉันมักมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพทางเพศ ..	3.32 $\pm$ 1.42	
2) ด้านการเข้าใจการตั้งครรภ์	3.54 $\pm$ 1.44	ปานกลาง
.. ฉันสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน ..	3.55 $\pm$ 1.52	
.. ฉันสามารถอ่านและฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์..	3.55 $\pm$ 1.46	
.. ฉันสามารถจดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ..	3.52 $\pm$ 1.43	
.. ฉันสามารถทบทวนข้อมูล... จากหลายแหล่ง ..	3.42 $\pm$ 1.43	
3) ด้านการโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยนการป้องกันการตั้งครรภ์	3.32 $\pm$ 1.50	ปานกลาง
.. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ... ฉันขอความช่วยเหลือจากครู ผู้ปกครอง ..	3.55 $\pm$ 1.41	
.. ฉันสามารถถาม.... เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ..	3.23 $\pm$ 1.52	
.. ฉันฟังคำแนะนำเรื่องเพศ.... จาก... แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ ..	3.23 $\pm$ 1.50	
.. พูดคุยอย่างเปิดเผยเรื่องเพศ ..	3.16 $\pm$ 1.44	

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

ด้าน/ข้อคำถาม (บางส่วน)	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
.. ฉันมีข้อสงสัย ... ฉันไม่กล้าถาม ..	2.84 $\pm$ 1.63	
4) ด้านการตัดสินใจการป้องกันการตั้งครรภ์	3.63 $\pm$ 1.45	ปานกลาง
.. ฉันสามารถระบุปัญหา ..	3.32 $\pm$ 1.60	
5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์	3.65 $\pm$ 1.46	ปานกลาง
.. ฉันหาข้อมูลเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ..	3.35 $\pm$ 1.60	
6) ด้านการบอกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์	3.64 $\pm$ 1.29	ปานกลาง
.. ฉันสามารถบอกทางเลือกในการป้องกัน ..	3.65 $\pm$ 1.29	
.. ฉันสามารถสื่อสาร ..	3.42 $\pm$ 1.41	

2.4 การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี

พบว่า ความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี อยู่ในระดับมาก (mean=4.64, SD=0.30) รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี

การประเมิน	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
ด้านความสามารถในการเรียนรู้	4.53 $\pm$ 0.19	มาก
ด้านความสามารถในการใช้งาน	4.65 $\pm$ 0.30	มาก
ด้านประโยชน์และความต้องการใช้งาน	4.73 $\pm$ 0.53	มาก
ภาพรวม	4.64 $\pm$ 0.30	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพีและศึกษาผลการใช้นวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. การพัฒนานวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี ทำการพัฒนานวัตกรรมเกมกระดานทริปเปิลพี ด้วยการบูรณาการกรอบการคิดเชิงออกแบบ 5 ขั้นตอน ขั้นตอนการทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ตามหลักการวิจัยทางการแพทย์ที่เน้นการเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของผู้รับบริการอย่างลึกซึ้ง²² การใช้แนวคิดนี้ช่วยให้พัฒนารูปแบบตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง ผสานกับการนำทฤษฎีการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมทริชมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการออกแบบเกมกระดาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา โดยเฉพาะการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างความต้องการให้เนื้อหาที่มีความครอบคลุมและความเรียบง่ายของเกมกระดาน^{18,20} แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการจัดการเรียนการสอนที่ต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความครอบคลุมของเนื้อหาและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียน²³

ผลลัพธ์ของการพัฒนานวัตกรรมเกมกระดานในส่วนของการออกแบบที่ เกิดขึ้นภายหลังการทดลองใช้เกมกระดานทริปเปิลพี ผู้วิจัยได้ปรับปรุงต้นแบบก่อนนำไปใช้ในโปรแกรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ในเด็กและเยาวชนต่อไป อย่างไรก็ตาม เกมกระดานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศ พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ ทักษะการปฏิเสธเรื่องเพศ ช่องทางการปรึกษาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรรภ์ และผู้เล่นสามารถเรียนรู้เนื้อหาดังกล่าวได้ผ่านการเล่นเกมกระดานตามวิธีการเล่นที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ผ่านเกมที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน²⁴ การใช้เกมในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารเรื่องที่ละเอียดอ่อน สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย²⁵ นวัตกรรมนี้ ยังสะท้อนถึงการบูรณาการระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ทางการศึกษา โดยใช้หลักการออกแบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การใช้เกมเป็นสื่อการเรียนรู้ ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ด้วยกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่²⁶

2. การทดลองใช้นวัตกรรมทางการแพทย์เกมกระดานทริปเปิลพี ความเป็นไปได้ของการนำใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านความสามารถในการใช้งาน และด้านประโยชน์และความต้องการใช้งาน ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมทางการแพทย์เกมกระดานทริปเปิลพี มีความเป็นไปได้ของการนำใช้อยู่ในระดับมาก (mean=4.64, SD=0.30) แสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมนี้มีความเหมาะสมทั้งในแง่ของการเรียนรู้ การใช้งาน และประโยชน์ที่ได้รับ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์พบว่า มีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้และความเข้าใจไม่เพียงพอ เช่น เรื่องประจำเดือนและการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย ศรีสุจริต และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ดังนั้น การพัฒนาเนื้อหาในประเด็นเหล่านี้ ให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นอาจช่วยเพิ่มความรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ หรืออาจพิจารณาใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเองของเพียเจท์ ที่เน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติ²⁷ แนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในเกมที่ให้ผู้เล่นได้ทดลองและสร้างความเข้าใจด้วยตนเอง เช่น การจำลองสถานการณ์การใช้ยาคุมกำเนิดหรือการทำความเข้าใจวงจรประจำเดือนผ่านการเล่นเกม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำและสะท้อนคิด นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีคะแนนในระดับปานกลางถึงน้อย โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ และการโต้ตอบซักถาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ฉนิธิน ถิวงศ์การ¹⁶ พบว่า การพัฒนาทักษะเหล่านี้มีความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเหล่านี้ อาจเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมอาจพิจารณาใช้แนวคิดการเสริมต่อการเรียนรู้ (scaffolding) ตามแนวคิดของวูด ผ่านการเรียนรู้เนื้อหาส่วนย่อยโดยมีอาจารย์หรือพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการแนะนำหรือชี้แนะแนวทางการหาคำตอบ นอกจากนี้ นวัตกรรมทางการแพทย์เกมกระดานทริปเปิลพี ยังเป็นสื่อกลางในการพูดคุยเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนระหว่างเด็กและเยาวชนได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงทฤษฎีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของเนื้อหา

ที่ต้องการนำเสนอ เพื่อให้การนำใช้นวัตกรรมการพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชน

ข้อจำกัดในการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นวัตกรรมการพยาบาลเกมกระดานปรับเปลี่ยนป้องกัน (เกมกระดานทริปปิลฟี) สามารถประยุกต์เป็นสื่อกลางระหว่างพยาบาลชุมชนหรือครูในโรงเรียนกับนักเรียน ในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนยากต่อการซักถามพูดคุย หรือสามารถนำไปต่อยอดหรือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนในโรงเรียน รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเด็กและเยาวชนต่อไป และการวัดผล การทดลองใช้ในครั้งนี้ เป็นการวัดผลภายหลังสิ้นสุดการเล่นกระดานเท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปสามารถวัดผลก่อนและหลังการใช้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้

References

1. Bureau of Reproductive Health. Report on the birth rate among women aged 15-19 in Thailand [Report]. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2022 [update 2025; cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/labor1519n> (in Thai)
2. United Nations Population Fund. State of world population 2020 [internet]. USA: United Nations Population Fund; 2020 [update 2025; cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.unfpa.org/swop-2020>
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/327596>
4. Wong SP, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a canadian sample. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020;33(2):153-9.
5. Nanthawong N. Prevalence and risk factors related to preterm birth among teenage pregnancy in Chaiyaphum Hospital. Chaiyaphum Med J 2022;42(2):69-81. (in Thai)
6. Titapant V, Chawanpaiboon S, Piyamongkol W. Causes and prevention of fetal growth restriction. Siriraj Med Bull [internet]. 2020 Jul 2 [cited 2024 Sep 29];13(3):210-5. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/241872> (in Thai)
7. Diabelková J, Malina A, Kuričová M, Hrehová D, Šáková K, Rabajdová M. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. Int J Environ Res Public Health [internet]. 2023 [cited 2024 Sep 29];20(5):4113. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>

8. Sachueng K, Kittithanesuan Y, Songthamwat M, Saeng-aroon P, Summart U, Songthamwa S, et al. Pregnancy complications in adolescent mothers: a multi-institutional retrospective study. *Udonthani Hospital Medical Journal* [internet] 2022 [cited 2024 Sep 29]; 30(3):446-59. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/260640/178126> (in Thai)
9. Mansumrit T, Thongsri K, Chotecharnont T. Association of early onset neonatal sepsis (eons) within 72 hours of maternal teenage in Uttaradit Hospital. *Health Science Clinical Research* [Internet]. 2023 Jun 30 [cited 2024 Sep 30];38(1):56-69. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/hscr/article/view/261023> (in Thai)
10. Maleerat P, Songthamwat M, Saeng-aroon P, Kittithanesuan Y, Songthamwat S, Summart U, et al. Pregnancy outcome in undernutrition mothers: a multicenter retrospective cohort study. *Srinagarind Med J* [Internet]. 2022 Dec 22 [cited 2024 Sep 27];37(6):565-7. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/255563> (in Thai)
11. Worapattanakul W. Neonates outcomes from teenage mothers. *Journal of prevention medicine association of Thailand* [Internet]. 2018 Jun 11 [cited 2024 Sep 30];7(1):56-64. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/127949> (in Thai)
12. Esfarjani SV, Jamalzade NG, Hakim A, Hesam S. Puberty signs and its relationship with lifestyle in 8-to-10-year-old girls: a descriptive-analytical study. *J Family Med Prim Care* 2022;11(8):4736-42.
13. Kawansu P, Sereethammapithak P, Khavansu N. Factors affecting unwanted pregnancy in adolescent girls Nakhon Phanom province. *Journal of environmental and community health* 2019;8(1):324-36. (in Thai)
14. Mathewos S, Mekuria A. Teenage pregnancy and its associated factors among school adolescents of Arba Minch Town, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* 2018;28(3):287-98.
15. Woodward L, Fergusson DM, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: results of prospective study from birth to 20 years. *J Marriage Fam* 2001;63:1170-84.
16. Pivongkomjhon P. Development of preventive and solving strategies for teenage pregnancy by participation of family, community and local organizations in Kumpawapi Sub-District, Udonthani Province. *Journal of Health Science* [Internet]. 2020 Aug 28 [cited 2024 Sep 29];29(4):608-17. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9304> (in Thai)

17. Srisujarit D, Techakampholsarakit L, Phongpate K. Management model for preventing unwanted pregnancy in teenagers: a systematic review. NJPH [Internet]. 2021 Aug. 5 [cited 2024 Sep 28];31(2):152-65. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/252585> (in Thai)
18. Vongtathum P, Samat C. A development of educational board games construct process with design thinking. EDKKUJ [internet]. 2023 Dec 28 [cited 2025 Feb 20];46(4):65-78. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDKKUJ/article/view/264876> (in Thai)
19. Bantawang J, Sritana K. Using educational board game: game of germs to develop self-care protection skills from viral infection in primary students in Mae Yao Wittaya School, Mueang District, Chiang Rai Province. JSSRA [Internet]. 2022 Nov 10 [cited 2024 Sep 30];17(2):77-90. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/JSSRA/article/view/254292> (in Thai)
20. Jeeradist T. The Theory of Inventive Problem Solving (TRIZ) applies to innovative problem-solving in airline service quality. J Aviat manag [internet]. 2023 Aug 31 [cited 2025 Mar 1];1(1):70-86. available from: <https://so19.tci-thaijo.org/index.php/KBUJAM/article/view/102> (in Thai)
21. Promnimit A, Pakdevong N, Binhosen V. Feasibility study of symptoms management application for colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. J Fac Nurs Burapha Univ 2022;30(2):40-52. (in Thai)
22. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. Iowa: John Wiley & Sons;2023.
23. Prasertsang C. The science of teaching: knowledge for organising effective learning processes. Journal of Roi Et Rajabhat University [internet]. 2019 [cited Feb 27];13(1): 253-6. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/reru/article/download/186064/130907> (in Thai)
24. Plass JL, Homer BD, Kinzer CK. Foundations of game-based learning. Educ Psychol 2015;50(4):258-83.
25. World Health Organization. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [update 2024; cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275374>
26. Khumsri C, Klin-eamand C, Poonpaiboonpipat W. The action research for developing learning activities with board games to enhance mathematical concept on Integer of seventh grade students. Journal of Roi Kaensarn Academi [internet]. 2002 Oct 22 [cited 2025 Feb 28];7(10):297-312. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/256117> (in Thai)

27. Dechpongsamrit A. The development of broad game learning by cognitive theories of Piaget to enhanced cognitive flexibility in the 21st century students. JSCI-SBU [internet]. 2024 Jun 29 [cited 2025 Jun 10]; 4(1):96-111. Available from: <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/JSCI/article/view/254086> (in Thai)

ผลของการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟ (V-Shape) ต่อความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง

ปราณี แสดคง พย.ม.* หนึ่งนุช ฐัญญา พย.บ.**

รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง ปร.ด.*** เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์ พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟต่อความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 30 คน โดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองมีการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลมาตรฐานตามปกติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือได้ ค่า Kuder-richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85-0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้สื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟสามารถเพิ่มความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความเชื่อ ความดันโลหิตสูง ความรู้ ผู้ป่วย เบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคไตเรื้อรัง สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย IRB-BCNKK-18-2023 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 11 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 มีนาคม 2568

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล ratdawan.k@bcnkk.ac.th

****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of V-Shape health literacy media on knowledge, belief, and self-care behaviors among patients with diabetes mellitus and hypertension complicated by chronic kidney disease

Pranee Saedkong M.N.S.* Nungnuch Rupunya B.N.S.**
Ratdawan Klungklang Ph.D.*** Benjaporn Thitiyanviroj M.N.S.****

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of V-Shape Health Literacy Media on knowledge, beliefs, and self-care behaviors among patients with diabetes mellitus and hypertension complicated by chronic kidney disease. A total of 30 patients with diabetes mellitus and hypertension complicated by chronic kidney disease were purposively selected and randomly assigned to the experimental (n = 15) or control group (n = 15). The experimental group received the V-Shape health literacy media for four weeks, while the control group received standard care. The data collection tools included a questionnaire assessing demographics, knowledge, beliefs, and self-care behaviors. Reliability test revealed Kuder-Richardson 20 (KR-20) of 0.80 and Cronbach's alpha coefficients of 0.85–0.88. Descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests were used for data analysis.

Results showed that post-intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge, belief, and self-care behavior scores compared to pre-intervention ($p < 0.05$). Additionally, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge, beliefs, and self-care behaviors than the control group after the study ($p < 0.05$). The findings suggested that the V-Shape Health Literacy Media effectively enhanced knowledge, beliefs, and self-care behaviors in NCD patients. Its continued use is recommended, with potential application to other patient groups. Therefore, V-Chef health literacy media should be used to promote self-care behaviors of patients continuously and be applied to other patient groups in the community.

keywords: beliefs; hypertension; knowledge; patient; diabetes mellitus; self-care behaviors; chronic kidney disease; health literacy media V-Shape

Ethical approval: IRB-BCNKK-18-2023, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 11 December 2024, Revised 12 March 2025, Accepted 18 March 2025

*Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing,
Phaboromarajchanok Institute

** Registered nurse, A professional level, Phrayeun Hospital, Khon Kaen Province

***Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing,
Phaboromarajchanok Institute, Corresponding author, E-mail: ratdawan.k@bcnkk.ac.th

****Lecture, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing,
Phaboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ไตเรื้อรัง เป็นต้น² เป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพทั้งภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก³ ซึ่งพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 41,897 คน เป็นภาวะแทรกซ้อนทางไตถึงร้อยละ 33.63 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน 12,697 คน พบภาวะแทรกซ้อนทางไตถึงร้อยละ 40.36 จากอันดับโรคสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า โรคไตเรื้อรังที่เป็นภาวะแทรกซ้อนมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยสูงสุด เป็นอันดับ 3 จาก 10 อันดับโรค รองจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 18,838 คน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเพิ่ม 20,199 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.7 ในระยะเวลา 1 ปี⁴ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนแสดงว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และค่าการกรองของไตให้อยู่ในระดับปกติได้ การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจึงจะสามารถช่วยลดและชะลอไตเสื่อมได้⁵ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การดูแลตนเอง รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁶ ซึ่งมาตรการป้องกันและลดภาระโรคจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษา ซึ่งอยู่ในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ ลดภาระการป่วย การตายและความพิการ⁷ โดยมีมติเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเพื่อขับเคลื่อนสังคมไทยให้ประชากรในประเทศมีความรู้ด้านสุขภาพ ห่างไกลปัญหาโรคไม่ติดต่อ⁸ สอดคล้องกับมาตรการป้องกันและลดภาระโรคผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลตนเอง คือ ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เปรียบได้กับการมีเกราะป้องกันอันตรายต่าง ๆ ในทุกสถานการณ์สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ในปัจจุบันความสนใจในประเด็นการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับข้อมูลสุขภาพ คาดการณ์ว่าในอนาคตความรู้ด้านนี้จะมีความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สื่อสังคมออนไลน์มากมายที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายด้วยโทรศัพท์มือถือ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สร้างแนวทางในการพัฒนาสุขภาพประชาชนทุกวัย⁹ จากการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน¹⁰ แนวคิดในการดำเนินการความรู้ด้านสุขภาพใช้แบบจำลองลูกเต๋า ซึ่งมีมิติด้านกระบวนการ (process dimension) ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย มี 6 ด้าน มีลักษณะเป็นรูปตัววี ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ สอบถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ ซึ่งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health

literacy) เป็นทักษะใหม่ที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวีเซฟ (V-Shape)¹¹ ซึ่งเป็นแบบจำลองตามความหมายของความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในระดับบุคคล แบบจำลองวีเซฟ มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าใจ การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ^{10,12} มากกว่าการสอนให้รู้ (สถานการณ์ปัจจุบัน คือ รู้แต่ไม่ทำ) แต่เป็นสร้างทักษะให้แสวงหาเนื้อหาหรือข้อมูลจากช่องทางการเผยแพร่ต่าง ๆ ได้ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงบางส่วนหรือข้อมูลที่หลงได้ และสามารถใช้ข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับผู้ให้บริการจนสำเร็จผลดังตั้งใจ และสามารถบอกเล่าความสำเร็จให้ผู้อื่นได้¹³ โดยใช้วีเซฟเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อช่วยพัฒนาระดับความสามารถของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้⁹ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและสร้างความเท่าเทียมในระบบบริการทางสุขภาพรวมถึงสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้¹⁴ ซึ่งหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง คือ การจัดการเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

ด้วยเหตุนี้การติดตามทางปัญญาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ และทักษะในการตัดสินใจแก่ปัญหาการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ¹⁵ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง และนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปสู่การส่งเสริมความรู้ในแต่ละด้านตามความเหมาะสมเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และค่าการกรองของไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

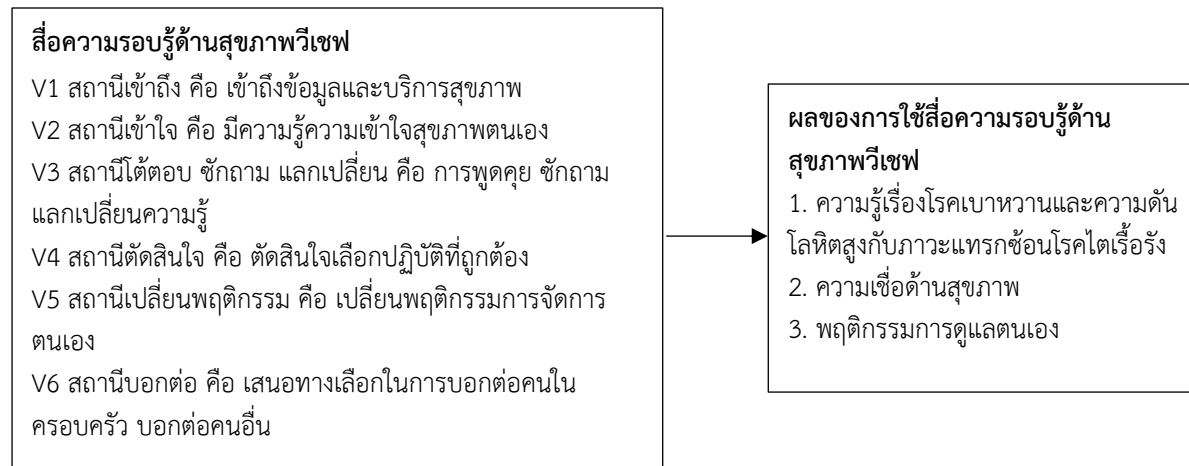
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพวีเซฟ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังหลังการใช้สื่อความรู้ ด้านสุขภาพวีเซฟ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพระยีน อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 145 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพระยีน อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง 2) ช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกดี พูดคุยรู้เรื่อง อ่านและฟังภาษาไทยได้ การมองเห็นและการได้ยินปกติ 3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ 5) ผู้ที่สามารถใช้สมาร์ทโฟน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ เมื่อได้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคิดของ Polit and Hungler¹⁶ ที่กำหนดไว้ว่า ตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองอย่างน้อยที่สุดควรมี จำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติความคล้ายกัน เข้ากลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อความรู้ด้านสุขภาพวิเซฟ ซึ่งมีระบบในการเก็บข้อมูลของผู้ใช้งานในการเปิดใช้งานครั้งแรกจะให้ผู้ใช้งานลงทะเบียน ข้อมูลที่ใช้ลงทะเบียน คือ ผู้วิจัยจะแทนรายชื่อตามรหัสของผู้ใช้งาน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังเพื่อให้รู้วาระหสนี้คือผู้ใช้งานคนใด โดยจะแยกเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) แทนชื่อผู้ใช้งาน

ด้วย E01-E15 และกลุ่มควบคุม (control group) แทนด้วย C01-C15 และผู้วิจัยจะตั้งรหัสผ่านให้ผู้ใช้งาน โดยข้อมูลดังกล่าวจะไม่มีเผยแพร่สู่สาธารณะที่สามารถบอกตัวตนของผู้ใช้งานได้ โดยจะมีเว็บไซต์ในการเก็บข้อมูลของผู้ใช้งาน และข้อมูลดังกล่าวจะมีรหัสผ่านในการเข้าไปดูข้อมูลของผู้ใช้งานมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น หลังจากลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวิเซฟ จะเข้าสู่ระบบให้ผู้ใช้งานทันที และในการใช้งานครั้งต่อไปผู้ใช้งานไม่ต้องเข้าระบบอีกครั้ง

สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวิเซฟเป็นแอปพลิเคชันไลน์ (LINE official) โดยใช้กรอบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิเซฟของวชิระ เพ็งจันทร์¹⁰ สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวิเซฟมี 6 สถานี ดังนี้ V1 สถานีเข้าถึง คือ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ ยีนบัตรประจำตัวประชาชน สมุดสุขภาพ (นัด) รับบัตรคิว ตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด วัดรอบเอว เป็นต้น ซักประวัติ (พบพยาบาล) V2 สถานีเข้าใจ คือ มีความรู้ความเข้าใจสุขภาพตนเอง ความหมายของป้องกัน 7 สีตามโรคที่ตนกำลังเผชิญอยู่ หยิบป้องกันสีของภาวะสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองตามคำแนะนำ V3 สถานีโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน คือ การพูดคุย ซักถาม แลกเปลี่ยนความรู้กับพยาบาล ตัวอย่าง ถาม (ask) เช่น "ทำไมถึงควบคุมน้ำตาลไม่ได้ น้ำตาลถึงขึ้นสูงกว่าเดิม" ชม (complement) เช่น ทำได้ดีแล้วนะ ขอให้ปฏิบัติแบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ นะคะ แนะนำ (advice) เช่น แนะนำการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การกินยาที่ถูกวิธี ให้เข้ากับแต่ละบุคคล แนะนำการใช้หนังสือเคล็ด (ไม่) ลับ พิชิตเบาหวาน (secret healthy) และนวัตกรรมที่สร้างขึ้น V4 สถานีตัดสินใจ คือ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ลำดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stage of change theory) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ พูดคุยข้อดีข้อเสีย ทางเลือก เลือกอิสระ ความรับผิดชอบ เราทำได้ กระตุ้นช่วยให้กระทำต่อเนื่อง ป้องกันการกลับไปเป็นโรคเรื้อรังที่แย่ลงกว่าเดิม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันกันการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้รับตั้งหลักได้ ให้ความหวัง มีกำลังใจ V5 สถานีเปลี่ยนพฤติกรรม คือ เปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ มาตรวจครั้งที่ 1 นำความรู้และสิ่งที่ผู้ป่วยได้มีการวางแผนร่วมกับพยาบาลเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน บันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มาตรวจครั้งที่ 2 ผลของการนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยประเมินจากผลการปรับพฤติกรรม ผลการตรวจ เป็นต้น V6 สถานีบอกต่อ คือ เสนอทางเลือกในการบอกต่อคนในครอบครัว บอกต่อคนอื่น เช่น ถ้าหยิบได้ลูกป้องกันสีนี้จะปฏิบัติตัวอย่างไร และเมื่อท่านทำแล้วภาวะของโรคดีขึ้น ท่านสามารถบอกต่อกับคนในครอบครัวหรือผู้อื่นได้อย่างไร สามารถบอกหรือนำคนในครอบครัวและคนอื่นได้เกี่ยวกับสิ่งที่ดี ไม่ดี หลังจากที่ได้หยิบป้องกัน 7 สีขึ้นมาตามการดำเนินไปของโรคที่ท่านประสบอยู่ เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เพื่อประเมินผู้ป่วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง กับภาวะแทรกซ้อนโรคไต มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นตัวเลือก 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูก ให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคไต 5 ข้อ (1, 2, 3, 5, 6) อาการ 4 ข้อ (4, 7, 8, 10) ภาวะแทรกซ้อน 1 ข้อ (9) การรับประทานอาหาร 2 ข้อ (12, 13) ความเสี่ยง 1 ข้อ (11) การปฏิบัติตัว 2 ข้อ (14, 15) แล้วนำคะแนนความรู้แต่ละข้อมาหาคะแนนรวม แบ่งโดยมีการแบ่งระดับความรู้ตามช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12-15 คะแนน (คะแนน 80% ขึ้นไป) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยง การรับประทานอาหาร เครื่องปรุงรส อยู่ในระดับดี

คะแนน 9-11 คะแนน (คะแนน 60-79%) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยง การรับประทานยา เครื่องปรุงรส อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0-8 คะแนน (คะแนนต่ำกว่า 60%) หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยง การรับประทานยา เครื่องปรุงรส อยู่ในระดับน้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยการรับรู้ 3 ด้าน คือ การรับรู้เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 3 ส่วน ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 5 ข้อ (1-5)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 5 ข้อ (6-10)

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มี 5 ข้อ (11-15)

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถาม เห็นว่า ข้อความหรือประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถาม เห็นว่า ข้อความหรือประโยคนั้นท่านไม่แน่ใจ ว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถาม เห็นว่า ข้อความหรือประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการกระทำของท่านมากที่สุด

ข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ถ้าคะแนนค่อนข้างต่ำ แสดงว่า มีการรับรู้ทั้ง 3 ด้านน้อย และถ้าคะแนนไปทางสูง แสดงว่ามีการรับรู้มาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง มีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 1) ด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ (ข้อ 1-7) 2) ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ (ข้อ 8-11) 3) ด้านการพบแพทย์ตามนัด 2 ข้อ (ข้อ 12-13) 4) ด้านคลายเครียด 6 ข้อ (ข้อ 14-19) การรับประทานยา 8 ข้อ (ข้อ 20-27) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรม การดูแลตัวเองเมื่อมีอาการผิดปกติ 2 ข้อ (ข้อ 28-30)

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้ จะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อ เพียง 1 คำตอบเท่านั้น ถ้าคะแนนค่อนข้างต่ำ แสดงว่า มีความสำเร็จต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังน้อย และถ้าคะแนนไปทางสูง แสดงว่า มีพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ ผ่านรูปแบบ google form ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายนอก พฤติกรรม การเรียนต่อ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคเรื้อรัง 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะค่าดัชนีความสอดคล้องกับเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ผู้วิจัยตรวจสอบความ

สอดคล้องตามเนื้อหา ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจในแบบฟอร์มใบยินยอมที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง (pre test)

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสอนการใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพีด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ V1 สถานีเข้าถึง V2 สถานีเข้าใจ V3 สถานีโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน V4 สถานีตัดสินใจ V5 สถานีเปลี่ยนพฤติกรรม และ V6 สถานีบอกต่อคนละ 45 นาที และการแนะนำการใช้สมุดบันทึกการใช้สมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อกำกับการเข้าใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพีด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มทดลองนำสื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพีด้วยตนเองไปใช้ที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพีด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง โดยติดตามจากสมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อ และการสอบถามถึงปัญหาของใช้สื่อ เพื่อปรับแก้ไขปัญหาจากการใช้งานสื่อ รวมทั้งสอบถามถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพีด้วยตนเองที่บ้านต่อเนื่อง และบันทึก การเข้า ใช้สื่อในสมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพี (post test) ด้วยแบบสอบถามความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง หลังจากนั้นนำข้อมูลวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัย

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมหลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเรียบร้อยแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามปกติจากโรงพยาบาล เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการประเมิน

ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามใช้เวลา 30 นาที และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ shapiro-wilk test พบว่ากลุ่มทดลองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p=.221$, $p=.275$)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ shapiro-wilk test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p=.275$, $p=.187$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น รหัสโครงการ IRB-BCNKK-18-2023 ลงวันที่ 8 กันยายน 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการนำเสนอชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่เป็นการนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าปกติ (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 46.67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 ทุกคนจบการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย/เดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกาย มากกว่าปกติ (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ย/เดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 80.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 93.33

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง พบว่าหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 11.47 (SD=1.96) ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 8.07 (SD=2.31) เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย

ใช้ค่าที (independence t-test) พบว่า หลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15)

	ความรู้	M	SD	t	p-value(1-tailed)
ก่อน	กลุ่มทดลอง	9.93	2.60	1.579	0.126
	กลุ่มควบคุม	7.93	3.39		
หลัง	กลุ่มทดลอง	11.47	1.96	7.054	0.001
	กลุ่มควบคุม	8.07	2.31		

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.53 (SD=1.96) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.53 (SD=1.68) เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (independence t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15)

	ความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD	t	p-value(1-tailed)
ก่อน	กลุ่มทดลอง	27.00	4.90	0.317	0.754
	กลุ่มควบคุม	26.33	5.54		
หลัง	กลุ่มทดลอง	27.53	1.96	4.197	0.000
	กลุ่มควบคุม	24.53	1.68		

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 129.80 (SD=8.86) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 119.67 (SD=7.47) เมื่อนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้สื่อความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15)

	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	M	SD	t	p-value (1-tailed)
ก่อน	กลุ่มทดลอง	119.60	14.65	0.374	0.711
	กลุ่มควบคุม	117.07	9.55		
หลัง	กลุ่มทดลอง	129.80	8.86	9.355	0.000
	กลุ่มควบคุม	119.67	7.47		

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช โมระสกุล และคณะ¹⁷ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวาง และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้ในเรื่องความรู้ในการคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารที่จะรับประทานแต่ละมื้อผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ เมื่อใช้สื่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพี ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น ความรู้จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องก็สามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในระดับดีจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับน้อยกว่า ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังได้รับการพัฒนาให้มีความรู้โดยใช้สื่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพี ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีขึ้นด้วย และส่งผลให้เกิดการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล ศรีทา และคณะ¹⁹ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่แนะนำหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการตระหนัก จากการใช้สื่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพวีซีพี ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตและการกำเริบของโรค การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม จึงเน้นที่การให้ความรู้ความเชื่อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อและรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ การสร้างความเชื่อและการรับรู้ที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะเห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วย

พฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งจากการศึกษาของสมใจ จางวาง และคณะ¹⁸ พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถ้าพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ตลอดจน การได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองจากครอบครัวและชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังสูงขึ้น ซึ่งการใช้สื่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองได้ดี เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยสามารถป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰

สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวิเซฟ ต่อความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง ครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า การใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพวิเซฟ มีส่วนช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดีขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อให้ไตทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้นานที่สุด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากไตเรื้อรังในทุกระยะเพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การใช้สื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงถือเป็นการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในชุมชน จึงนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ควรนำสื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเซฟ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจนเป็นพฤติกรรมสุขภาพประจำของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน
2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรัง ควรนำแนวคิดสื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กำหนดนโยบายในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัจเจกบุคคล รวมถึงส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของสื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่นโดยมุ่งเน้นจัดกิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

References

1. World Health Organization (WHO). The WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2030. Geneva: WHO Press;2023.
2. Department of disease control, Ministry of Public Health. Situation of NCDs: diabetes, hypertension, and related risk factors 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing;2019. (in Thai)
3. Ekpalakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Survey of Thai people's health by physical examination, 2019-2020. Bangkok: Akson Graphic and Design;2021. (in Thai)
4. Khon Kaen Hospital. Data of non-communicable diseases: NCDs. Khon Kaen: Khon Kaen hospital;2019. (in Thai)

5. Supapan S. Development of a model to delay renal impairment in patients with diabetes and hypertension using case management process in Phusing Hospital, Sisaket Province. *Journal of Health Science* 2019;28:857-66. (in Thai)
6. Duanphon S, Phajan T, Srimuang P. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among patients with diabetes mellitus and hypertension at Ban Kha Yai Tambon Health Promoting Hospital, Chaturaphak Piman District, Roi Et province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(34):142-57. (in Thai)
7. Department of Disease Control Division of non-communicable disease strategy and planning group. 5-Year national NCDs prevention and control strategic and action plan (2017-2021). Nonthaburi: Ministry of Public Health;2017. (in Thai)
8. Hfocus news agency delves into health systems. 11 th National Health Assembly ‘12-14 December’ prevent disease in age of 4.0 NCC [Internet]. 2018 October 23 [updated 2018; cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16465>
9. Office of the Department of Health 4.0 for Public Health Literacy Project. The main concept of a health literate organization. Bangkok: department of health; 2018. (in Thai)
10. Pengchan W. Health literacy. Nonthaburi: department of health, ministry of public health;2017. (in Thai)
11. Office of the Royal Society. Transliteration [Internet]. Bangkok: Office of the royal society; 2026 [update 2026; cited 2025 Mar 10]. Available from: https://www.orst.go.th/iwfm_list.asp?i=0040002104011001%2F63ERJ5716056 (in Thai)
12. Tanasugarn C. Health literacy organization. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
13. Pengchan W, Tanasugarn C. Concept, principles of health literacy organization 2018. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
14. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-16.
15. Lee E-H, Lee YW, Lee KW, Nam M, Kim SH. A new comprehensive diabetes health literacy scale: development and psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud* 2018;88:1-8.
16. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Lippincott: Williams and Wilkins;1999.
17. Morasakul B, Punthasee P, Ponakorn V, Treebumrung S. Health behavior regarding hypertension and diabetes mellitus: a case study of the legacy community, Sananrak Municipality Office, Pathum Thani Province. *Journal of Public Health Nursing* 2021;35(1):69-89. (in Thai)
18. Jangwang S, Pittayapinune T, Chutipattana N. Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(1):110-28. (in Thai)

19. Srita N, Aungwattana S, Tamdee D. Factors related to health behaviors among persons with chronic kidney disease in community. *Journal of Nursing and Health Science Research* 2023;15(1):139-59. (in Thai)
20. Srina S. Development of care model for diabetic type 2 by Line application. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2021;2(1):123-33. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ*

ทิปกร บุญลือชา พย.บ.** จอนณะจง เพ็งจาด ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการตรวจ carotid duplex ultrasonography ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร พบหลอดเลือดแดงคาโรติดตึบน้อยกว่า ร้อยละ 50 ไม่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เคยได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และแบบสอบถามความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และแบบสอบถามความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ทั้ง 4 ฉบับ เท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 .81 .76 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (median=21.00, IQR=0) ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r_s=.261$, $r_s=.429$, $r_s=.549$, $p<.05$ ตามลำดับ) ดังนั้น การส่งเสริมทัศนคติที่ดี การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม หลอดเลือดแดงคาโรติดตึบแบบไม่มีอาการ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย IRB 012-2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 13 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 3 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 4 เมษายน 2568

*ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

***รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล jpj@stin.ac.th

Factors related to intention to perform stroke prevention behaviors among Persons with asymptomatic extracranial carotid artery stenosis*

Teepakorn Boonluecha B.N.S.** Johnphajong Phengjard Ph.D.***

Abstract

This descriptive-correlational research examined the factors associated with the intention to perform stroke prevention behaviors in individuals with asymptomatic carotid artery stenosis. The sample consisted of 93 people, who underwent carotid duplex ultrasonography at a private hospital in Bangkok and found that the carotid artery stenosis was less than 50%, had no stroke symptoms, and had never been diagnosed with stroke. Data were collected using a demographic questionnaire, an attitude toward stroke prevention behavior questionnaire, a subjective norm questionnaire, a perceived behavioral control questionnaire, and a behavioral intention questionnaire. These questionnaires were verified by three experts and obtained content validity index of 1 for all four questionnaires (the attitude toward stroke prevention behavior questionnaire, the subjective norm questionnaire, the perceived behavioral control questionnaire, and the behavioral intention questionnaire). The cronbach's alpha coefficients were 0.77, 0.81, 0.76, and 0.97, respectively. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study found that the majority of individuals with asymptomatic carotid artery stenosis had a high level of intention to perform stroke prevention behaviors (Median=21.00, IQR=0). Attitudes toward behavior, subjective norms, and perceived behavioral control were positively correlated with the intention to engage in stroke prevention behaviors, with statistical significance ($r_s=.261$, $r_s=.429$, $r_s=.549$, $p<.05$, respectively). Therefore, encouraging positive attitudes, supporting from the health team, and providing continuous reinforcement of behavioral control would increase intention to practice stroke prevention behaviors in those with asymptomatic carotid artery stenosis.

keywords: stroke prevention; intention to perform behavior; asymptomatic extracranial carotid artery stenosis

Ethical approval: IRB 012-2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 13 February 2025, Revised 3 April 2025, Accepted 4 April 2025

*Thesis fund: Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

**A student of the master of nursing science program in adult and gerontological nursing,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

***Associate professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Corresponding author,
E-mail: jpj@stin.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular accident) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก (World Health Organization: WHO; 2019) ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 พบจำนวน 101.5 ล้านคน โดยมีสาเหตุจากภาวะสมองตีบตันหรือขาดเลือด 77.2 ล้านคน ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) 20.7 ล้านคน และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) 8.4 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจาก 3 สาเหตุ จำนวน 3.3 ล้านคน 2.9 ล้านคน และ 0.4 ล้านคน ตามลำดับ¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข² ปี พ.ศ. 2559–2562 พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับ 2 โดยมีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8 และ 47.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อระยะยาวทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ไม่เพียงแต่ด้านร่างกายที่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ภาวะทุพพลภาพ และค่าเดินทางไปตรวจตามนัด สำหรับผู้ที่ยังไม่มีอาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ³ และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงถือเป็นแนวทางการรักษาที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ซึ่งมีการสะสมของคราบไขมันและความหนาตัวของผนังหลอดเลือดส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง⁴ จากข้อมูลอุบัติการณ์เกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในชาวตะวันตก ประมาณร้อยละ 20-30 ซึ่งมากกว่าชาวเอเชีย โดยพบในประชากรไต้หวัน ร้อยละ 13 ฮองกง ร้อยละ 18 และญี่ปุ่น ร้อยละ 19⁵

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาไม่มากนักที่พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบไม่แตกต่างกัน โดยการศึกษาความชุกของการเกิด extracranial carotid stenosis ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 184 คน ที่ตรวจด้วย carotid duplex พบร้อยละ 9.2 และในจำนวนนี้ เป็นแบบ small-artery occlusion ร้อยละ 45⁶ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 177 คน พบอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ร้อยละ 9⁷ และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 จำนวน 458 คน โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ จำนวน 50 ราย หรือร้อยละ 10.9 โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ อายุตั้งแต่ 65 ปี (OR 4.0, $p < .001$) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ (12% vs 8%, $p = .32$) สมองขาดเลือด (18% vs 11%, $p = .17$) หัวใจเต้นเร็ว (10% vs 5%, $p = .19$) และสูบบุหรี่ (28% vs 24%, $p = .18$) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ⁸

การตรวจคัดกรองผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ทำได้หลายวิธี เช่น การฉีดสีผ่านหลอดเลือดแดง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งเป็นวิธีที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวสำหรับการตรวจ นอกจากนี้ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ยังช่วยให้เห็นการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดแดงคาโรติด และสามารถประเมินการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดง (intima media thickness: IMT) ได้ทันที⁹ ซึ่งเป็นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด⁹ สำหรับโรงพยาบาลพญาไท 1 มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 559 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,308 ราย และปี 2566 จำนวน 962 ราย พบว่า ผู้รับบริการที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ในระดับตั้งแต่ 10-100% จำนวน

1,131 ราย หรือร้อยละ 40 และพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ ที่ระดับน้อยกว่า 50% จำนวน 1,089 ราย ร้อยละ 39¹⁰ ผู้รับบริการกลุ่มนี้ หลังได้รับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดและพบความผิดปกติ จะได้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล เพื่อรับการรักษาและแนะนำการปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง เช่น ควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือดสูง ควบคุมน้ำหนัก หรือส่งปรึกษานักโภชนาการบำบัดรวมถึงการนัดติดตามผลอย่างต่อเนื่องในบางรายมีการนัด เพื่อตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดซ้ำทุก 1 ปี ในรายที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบน้อยกว่า ร้อยละ 50 และตรวจซ้ำทุก 6 เดือน ในรายที่ตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบมากกว่า ร้อยละ 50 ในการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อดูแนวโน้มการตีบของหลอดเลือดที่มีขนาดเพิ่มขึ้นหรือลดลง รวมถึงผลลัพธ์การปฏิบัติ ตามคำแนะนำของ American Stroke Association 2024¹¹ อย่างไรก็ตาม การให้บริการยังไม่มีข้อมูลและการศึกษาติดตามเกี่ยวกับผลลัพธ์ของบริการ ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มนี้ ที่จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความสนใจและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมแบบ critical review ของเมสแซส และคณะ⁹ พบว่า การรักษาภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุด คือ การควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อผิดปกติของหลอดเลือด โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การลดการบริโภคแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยมีการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹² เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยทฤษฎีระบุว่า การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ต้องจะต้องอาศัยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลมีความตั้งใจสูง โอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (intention) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹³ ความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹⁴ แต่ไม่พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ

ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ

2. ศึกษาปัจจัย ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ
2. คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ
3. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (theory of planned behavior: TPB) ของ ไอเซ็น¹² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีระบุว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการ แสดงพฤติกรรมของบุคคล คือ ความตั้งใจแสดงพฤติกรรม (behavioral intention) ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยสามารถทำนายได้จาก 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) เป็นความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดี จะ ต่อต้านหรือสนับสนุนพฤติกรรมนั้น 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) เป็นการรับรู้อิทธิพล ของบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหรือไม่ทำพฤติกรรม โดยกลุ่มอ้างอิง หมายถึง บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น 3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) เป็นการรับรู้ถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆ และการรับรู้การควบคุม พฤติกรรม การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงสหสัมพันธ์ (cross sectional correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่มีอาการและอาการ แสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเครื่อง carotid duplex ultrasonography ที่มารับบริการที่คลินิก อายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลพญาไท 1 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพและเข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดง คาโรติด ด้วยเครื่อง carotid duplex ultrasonography โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้มีอายุที่มีอายุ 30 ขึ้นไป 2) เข้ารับการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดและ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบที่ระดับน้อยกว่า ร้อยละ 50 3) ไม่มีอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือไม่เคยเข้ารับการ รักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบ และ 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจแล้วพบหลอดเลือดแดงตีบ 2 ข้าง และข้างใดข้างหนึ่งตีบมากกว่า ร้อยละ 50

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹⁴ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 effect size เท่ากับ .293 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 89 ราย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 93 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น¹⁵ จำนวน 15 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 7 ระดับ จากควรทำ 1 ถึง 7 ไม่ควรทำ คะแนนระหว่าง 15-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น¹⁶ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 15.0-45.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ คะแนน 45.01-75.0 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง และคะแนน 75.01-105 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้าง ข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น¹⁵ จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 จนถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนระหว่าง 7-49 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น¹⁶ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 7.0-21.0 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่ำ คะแนน 21.01-35.0 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง และคะแนน 35.01-49 หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูง

4. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 จนถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 3-21 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น¹⁶ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.0-9.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่ำ คะแนน 9.01-15.0 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมปานกลาง คะแนน และ 15.01-21 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสูง

5. ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างข้อคำถามตามแนวคิดของไอเซ็น¹⁵ จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ถึง 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนระหว่าง 3-21 คะแนน แบ่งระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งอันตรภาคชั้น¹⁶ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.0-9.0 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ คะแนน 9.01-15.0 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง และคะแนน 15.01-21 หมายถึง มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบสอบถาม ทั้ง 4

ชุด เท่ากับ 1 และ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ .77 .81 .76 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของเครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพในคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท แนะนำผู้วิจัยกับผู้รับบริการที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ที่สนใจแสดงความจำนงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย สิทธิที่จะปฏิเสธหรือเข้าร่วมวิจัยให้เวลาในการตัดสินใจ หลังจากพบแพทย์ฟังผลการตรวจหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแจกเอกสารชี้แจงข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบยินยอม (informed consent form) ก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมวิจัยในคนในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 53 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในห้องที่ไม่มีมารบกวน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด เก็บข้อมูลครบตาม จำนวน 93 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Authorized User Version 27, License Code: 704fb2646c79e60d7127) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov, Histogram และ ค่า Skewness และ Kurtosis วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาพบการกระจายไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของเครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล เลขที่ IRB 012-2566 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมวิจัยในคนในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนพร้อมแจกเอกสารข้อมูลโครงการวิจัย ให้เวลาในการตัดสินใจอย่างอิสระ สิทธิที่จะปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบคอตีบแบบไม่มีอาการ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.5 และเพศชาย ร้อยละ 50.5 ใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 36-88 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี (mean=64.16, SD=11.18) การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.2 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 71 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.5

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.2 ไม่ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.8 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่าเสี่ยงน้อย ร้อยละ 76.3 ร้อยละ 95.7 ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ตำแหน่งที่ตรวจพบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดีบมากที่สุด อยู่บริเวณตำแหน่ง Bifurcation และส่วนใหญ่จะพบบริเวณข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ร้อยละ 59.1 ส่วนตำแหน่ง Right CCA, Right ICA, Left ICA ไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 7.5 และตำแหน่ง ECA ไม่ต่างกัน ร้อยละ 3.2 นอกจากนี้ ยังพบภาวะหลอดเลือดตีบ 2 ตำแหน่ง 28 ราย ร้อยละ 30.1 3 ตำแหน่ง 4 ราย ร้อยละ 4.3 และ 4 ตำแหน่ง 1 ราย ร้อยละ 1.1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม ช่วงคะแนนจริง ค่ามัธยฐาน ของความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบแบบไม่มีอาการ ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (n=93)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ของ แบบสอบถาม	ช่วง คะแนน จริง	Mdn (IQR)	Mean (SD)	ระดับ
ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม	3-21	12-21	21.00 (0)	20.57 (1.47)	สูง
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	15-105	84-105	104.00 (4)	102.33 (3.53)	สูง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	7-49	32-49	49.00 (2)	47.56 (3.13)	สูง
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	3-21	12-21	21.00 (0)	20.60 (1.36)	สูง

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มตัวอย่าง มีค่ามัธยฐาน ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21 คะแนน (IQR=0, range 12-21) ทศนคติต่อพฤติกรรมมีค่ามัธยฐาน 104 คะแนน IQR=4, range 84-105) (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีค่ามัธยฐาน 49 คะแนน (IQR=2, range 32-49)) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีค่ามัธยฐาน 21 คะแนน (IQR=0, range 12-21)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบแบบไม่มีอาการ (n=93)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	p-value
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	.261	*.012*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.429	.000**
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.549	.000**

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

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุม พฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบแบบไม่มีอาการ พบว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม ($r_s=.261$, $p<.05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($r_s=.429$, $p<.01$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ($r_s=.549$, $p<.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดีบแบบไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง หมายความว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างรับทราบผลการตรวจและได้รับข้อมูลว่า ความผิดปกติที่พบสามารถควบคุมได้ หากได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเศรษฐกิจค่อนข้างดีและเป็นผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จึงมีความตั้งใจในการมาตรวจสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผลให้มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อพบว่าตนเองมีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติดและมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจสูงในการปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวว่า การที่บุคคลวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดจากแรงสนับสนุนด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษาและคิดว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำได้¹² ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ พบว่า มีความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง¹³ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความตั้งใจในการออกกำลังกายโดยการเดินในระดับมากที่สุด¹⁴

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลดังนี้

ทัศนคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ($r_s=.261$, $p<.01$) หมายความว่า ถ้าผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนของไอเซ็น¹² ที่กล่าวว่า ความตั้งใจเกิดขึ้นจากทัศนคติต่อพฤติกรรม โดยทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อพฤติกรรม และผลที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรม หากมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลดี และประเมินค่าว่าควรปฏิบัติ บุคคลจึงมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น¹⁵ ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบผลการตรวจและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีผลต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมในการป้องกันในทางบวก ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว ในช่วง 1-3 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยการเดิน การรับรู้ดังกล่าว จึงเป็นการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีและส่งผลต่อความตั้งใจต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r=.409$, $p<.01$)¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านบุคลากรทางสุขภาพ พบเจตคติต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน ($r=.40$, $p<.01$)¹³ และการศึกษาในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประเทศอินโดนีเซีย โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน พบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม

สามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ($r_s=.429, p<.01$) หมายความว่า ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการรับรู้อิทธิพลของบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ ที่ทำหรือไม่ทำพฤติกรรม ส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ที่กล่าวว่า ความตั้งใจเกิดจากการรับรู้อิทธิพลของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังที่จะให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจทำหรือไม่ทำพฤติกรรม¹² หากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก ย่อมส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r=.38, p<.01$)¹³ การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.309, p<.01$)¹⁴ และการศึกษาในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง¹⁷

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการ ($r=.549, p<.01$) หมายความว่า หากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการมีการรับรู้ว่าตนเอง มีความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงก็จะมีผลต่อความตั้งใจสูงในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ที่กล่าวว่า ความตั้งใจเกิดจากการรับรู้ความสามารถของบุคคลถึงความยากง่ายหรือความลำบากในการกระทำหรือควบคุมพฤติกรรม และคาดการณ์ความสำเร็จของพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ในการควบคุมพฤติกรรม¹² หากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอตีบแบบไม่มีอาการมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมาก จะมีความตั้งใจมากในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r=.31, p<.01$)¹³ และการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.293, p<.01$)¹⁴ และการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า การการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง¹⁷

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าหลังจากผู้รับบริการได้รับรู้ถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลควรจัดโปรแกรมการสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผลที่ช่วยให้ผู้รับบริการเพื่อช่วยกระตุ้นและจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

2. พยาบาลควรมีการติดตามผู้รับบริการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากพบผู้บริการมีความเสี่ยงมากขึ้นสามารถให้ผู้รับบริการได้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

3. การศึกษาต่อยอดในระดับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยง และการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นข้อคำถามการปฏิบัติตนในภาพรวม อาจส่งผลต่อคำตอบถึงความตั้งใจสูงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยรวมแต่ยังไม่สามารถสะท้อนถึงความตั้งใจในปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านได้

References

1. American Heart Association. 2021. Available form: <http://www.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke-stst-update/2021-heart-disease-and-stroke-statistics-updatefact-sheet-at a glance.pdf>
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. 2016–2019. Available form: <http://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2022/11/Statistic 62.pdf> (in Thai)
3. Ruangchaithaweek K, Wongpiriyayothar A, Wongpanarak N. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk of stroke. Thai Red Cross Nursing Journal 2021;14(1):213-25. (in Thai)
4. Smith-Rooker JL, Hodges LC. Managing patients with carotid stenosis. Med Surg Nurs 1998;7(5):280-92.
5. Dharmasaroja P. Ischemic stroke. Bangkok: Charansanitwong;2012. (in Thai)
6. Dharmasaroja P. Prevalence of extracranial carotid stenosis in Thai ischemic stroke/TIA patients. J Neurol Sci 2008;269(1-2):92-5.
7. Dharmasaroja PA, Piyayotai D, Hutayanon P, Buakhamsri A, Intharakham K. Extracranial carotid stenosis and peripheral arterial disease in Thai patients with coronary artery disease. Angiology 2010;61(4):329-32.
8. Thanapiyachaiikul R, Chaisinanunkul N, Charnnarong N. Basic and clinical neuroscience. Bangkok: Chulalongkorn university press;2012. (in Thai)
9. Messas E, Goudot G, Halliday A, Sitruk J, Mirault T, Khider L, et al. Management of carotid stenosis for primary and secondary prevention of stroke: state-of-the-art: a critical review. Eur Heart J Suppl 2020;22(Suppl M):M35-42.
10. Department of Neurological Medicine, Phyathai Hospital 1. Statistics of patients with carotid artery stenosis. Bangkok: Medical Records Work, Phyathai 1 Hospital;2022. (in Thai)

11. Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, Chaturvedi S, Cole JW, Cornwell III WK. 2024 guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the american heart Association/American Stroke Association/American Stroke Association. *Stroke* 2021;55(12):e344-424.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50(2):179–211.
13. Tongnuang P, Jaisomkom A. Factors predicting intention to practice for preventing hypertension in adults. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2019;30(2):49–65. (in Thai)
14. Chainarong I, Pinyopasakul W, Kusuma NS, Koositamongkol S. The relationships among attitude toward exercise, subjective norms, perceived behavioral control and walking exercise intention in post-stroke patients after hospital discharge. *JR Thai Army Nurses* 2016;18(2):178–85. (in Thai)
15. Ajzen I. Theory of planned behaviour questionnaire. Measurement instrument database for the social science [Internet]. 2013 Available from://www.researchgate.net/publication /235913732_ Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. NY: Wolters Kluwer;2021.
17. Ambarika R, Said MS, Umar, NS, Abidutma, NM, Poddar S. Identification of planned stroke awareness behavior: a structural equation modeling. *Malays J Med Health Sci* 2023;19(3):98-105.

**ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด
ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย**

ระนิชดา มาตย์สุด พย.บ.* ญัฐพงษ์ สาจันทร์ พย.บ.* สาวินี แจ็กภูเขียว พย.บ.*
ปาริชาติ วงศ์ก่อม ปร.ด.** ณรงค์ชัย ว่องกลกิจศิลป์ พบ.ว.*** เสาวภา ฉิมหลวง บธ.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2567 เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล และส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือขณะผ่าตัด และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ วัตถุประสงค์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test สถิติ independent t-test และสถิติ chi-square

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p = 0.2768$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100 และร้อยละ 77.78 ตามลำดับ) ($p < 0.001$) สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดได้ ดังนั้น จึงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ความวิตกกังวล ความร่วมมือในการผ่าตัด โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE661590 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่ตอบรับบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2568

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล saowch@kku.ac.th

Effect of preoperative preparatory information on anxiety and procedural adherence among patients undergoing permanent vascular access at a tertiary hospital in Northeastern Thailand

Vanichada Matsud B.N.S.* Natthapong Sachan B.N.S.* Sawinee Jekphukhiao B.N.S.*
Parichat Wonggom Ph.D.** Narongchai Wongkonkitsin M.D.*** Saowapa Chimluang M.B.A.****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of providing preoperative preparatory information for vascular access for dialysis on anxiety levels and procedural adherence among patients during surgery in the operating room at the tertiary hospital northeast. A total of 72 participants were selected according to specified criteria and divided equally into a control group and an experimental group, with 36 participants in each group. The control group received standard nursing care, while the experimental group received a preoperative preparation information for vascular access for dialysis. Data were collected from June to September 2024. The research instruments included: 1) Data collection instruments consisted of a demographic questionnaire, the Thai version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form, and a procedural adherence questionnaire and 2) The research instruments were video clips providing preoperative preparatory information for vascular access for hemodialysis. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Independent t-test and Chi-square test.

The results indicated that after the experiment, both groups experienced a statistically significant reduction in anxiety mean scores ($p < 0.001$). There was no significant difference in anxiety mean scores between the experimental and control groups after the experiment ($p = 0.2768$). However, the experimental group demonstrated greater procedural adherence compared to the control group (100% vs. 77.78%, respectively) ($p < 0.001$). It can be concluded that providing preoperative preparation information for vascular access for dialysis helps reduce anxiety and improve procedural adherence, ultimately minimizing postoperative complications. Therefore, the research findings should be utilized in the preparation for surgery in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis

keywords: preparatory information; anxiety; procedural adherence; permanent vascular access; end-stage renal disease

Ethical approval: HE661590, Plagiarism checked, 2 Reviewers

Received 3 November 2024, Revised 20 February 2025, Accepted 21 February 2025

*Registered nurse, A professional Level, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

****Registered nurse, A senior professional Level, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: saowch@kku.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกในปัจจุบันมีแนวโน้มอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากทั่วโลก จำนวน 697.5 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) จำนวน 3.1 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1.2 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 12¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 85,103 คน คิดเป็นร้อยละ 6.77 จากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด² ซึ่งโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จัดอยู่ในระยะที่ 5 ของโรคไตเรื้อรัง (CKD)³ ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานของไตอย่างถาวร จากการที่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งปัจจุบันการบำบัดมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต⁴ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทดแทนไต จากรายงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 15,462 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำบริเวณข้อมือหรือแขน เพื่อทำเส้นเลือดสำหรับใช้ในการฟอกไต ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดดำกับเส้นเลือดแดงบริเวณใกล้เคียงกันได้ผิวหนัง (arteriovenous fistula: AVF) และการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดดำกับเส้นเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดเทียมเป็นตัวเชื่อม (arteriovenous graft: AV-GRAFT) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักแสดงออกด้วยความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่แน่ใจและไม่มั่นใจ เกี่ยวกับหัตถการหรือการทำการกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ขาดประสบการณ์ในการทำเนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรก รวมถึงกังวลต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลทำให้มีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความภาคภูมิใจ รู้สึกไร้ค่า ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ถูกต้อง⁵

จากสถานการณ์ในประเทศไทยที่ประมาณการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเพิ่มจำนวนถึง 1,200 คนต่อประชากรล้านคน⁶ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเหล่านี้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เพื่อการมีชีวิตรอดยาวนานขึ้นและมีชีวิตที่ดีต่อไป⁷ สอดคล้องกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ณ หน่วยผ่าตัด 5 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2564-2566 ที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 232 , 333 , และ 340 รายตามลำดับ⁸ ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยและการสังเกตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำเพื่อการฟอกเลือด พบว่ามีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อช่วยในการผ่าตัดมีความสำเร็จได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ขาดความร่วมมือในการผ่าตัด ขณะผ่าตัดขยับตัวไปมา บางรายขยับแขนขณะทาน้ำยาฆ่าเชื้อและยังพบว่า ในวันที่เข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายมีการเจาะเลือดหรือแทงเส้นให้น้ำเกลือบริเวณแขนข้างที่ทำผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนตำแหน่งผ่าตัดใหม่ หรือจำเป็นต้องได้รับการขยายขนาดของแผลให้ใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากในขณะผ่าตัด หากผู้ป่วยมีการขยับแขนหรือไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ส่งผลให้การผ่าตัดใช้เวลานานขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ อีกทั้งในขณะผ่าตัดผู้ป่วยอาจรู้สึกกลัว เนื่องจากได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ถึงการสัมผัสและได้ยินเสียงต่าง ๆ ขณะผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น มีอาการบวมคล้ำ ปวด ไม่มีการสั่นของหลอดเลือด (thrill) ที่ได้รับการผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคคล

สำคัญในการให้ดูแลผู้ป่วยในทุกะยะของการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและดำเพื่อการฟอกเลือดมีหลากหลายวิธี เช่น การสอนโดยพยาบาล การใช้แผ่นพับ ภาพแผ่นพลิก การใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่ดีจะส่งผลให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยยะขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งยังทำให้การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการเตรียมผ่าตัดมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยต้องมีการเตรียมการที่ดี โดยมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมผ่าตัดหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจกับวิธีการเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดได้⁹ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคต เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง¹⁰⁻¹¹ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ที่ผ่านมาผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมาจากบ้าน และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล แต่ก่อนผู้ป่วยจะมารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยผ่านการอธิบาย มีแผ่นพับให้ความรู้ เช่น การใช้ภาพประกอบมาช่วยเสริมในการให้ข้อมูล แต่อย่างไรก็ตาม สิ่ง que ผู้ป่วยได้รับเป็นเพียงการรับฟังและภาพถ่ายที่มีในแผ่นพับ บางรายที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้รับได้ ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และไม่ให้ความร่วมมือในขณะผ่าตัด โดยสะท้อนว่าตัวหนังสือเล็ก จดจำเนื้อหารายละเอียดไม่ได้ และบางครั้งอ่านหนังสือไม่ออกทำให้ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาได้ การพัฒนาสื่อให้มีความน่าสนใจช่วยให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนรู้ทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่น่าสนใจ สามารถเปิดดูซ้ำได้ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีมีความสม่ำเสมอในเนื้อหาช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมและมองเห็นสิ่งที่กำลังเรียนรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นกระบวนการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ในแง่ที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างไม่จำกัด เพื่อเป็นการช่วยลดระยะเวลาในการให้คำแนะนำของพยาบาลผู้ซึ่งมีภาระงานและระยะเวลาในการให้ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและภายหลังการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดอย่างจำกัด อีกทั้งเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ให้มีศักยภาพของการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน¹²⁻¹³ และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบรายบุคคลรวมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียมมีส่วนสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยไ้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น¹⁴

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด จึงได้พัฒนาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือด โดยใช้สื่อการสอนด้วยวิดีโอ โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (self-regulation theory) ของลีเวนทาล และจอห์นสัน¹⁰ มาพัฒนาสื่อการสอนซึ่งข้อมูลครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายถึงวิธีการหรือรายละเอียดของการผ่าตัด (procedural information) ข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ (sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ (behavioral

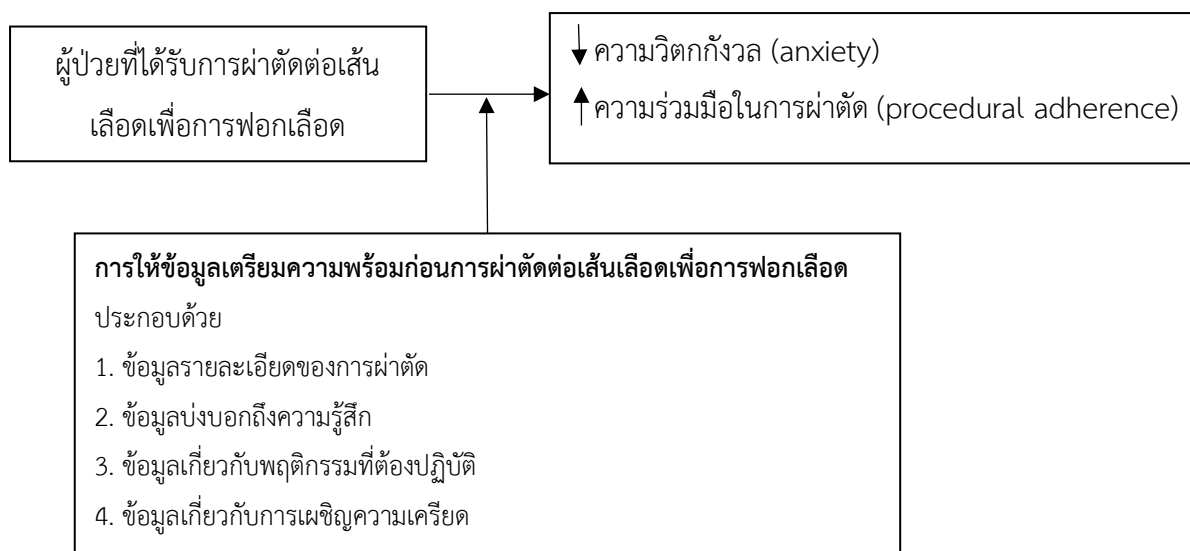
information) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (coping skill information) เพื่อพัฒนาเป็นวิธีทัศน การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือด ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย มีความพร้อมในการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ผู้วิจัยซึ่งเป็น ผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสนใจจะพัฒนาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ก่อนการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลภายหลังการได้รับ ข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความพร้อมในการผ่าตัดและผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องให้ความร่วมมือ ในการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด มาจากแนวคิดทฤษฎี การปรับตนเอง (self-regulation theory) ของ ลีเวนทาล และจอห์นสัน¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับ วิธีการ (procedural information) หมายถึง การอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและ วิธีการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด 3) ข้อมูลการแนะนำที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ (behavioral information) หมายถึง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (coping skill information) หมายถึง ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์คุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้นำกรอบ แนวคิดมาประยุกต์ใช้สำหรับการพัฒนาชุดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือด ที่ใช้เพื่อการฟอกเลือดในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ ในลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหว ถ่ายทำจากสถานการณ์จริง และการจำลองเหตุการณ์เสมือนจริงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วย มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือดอย่างถูกต้อง เป็นแนวทาง ในการสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีเป้าหมาย สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด เชื่อมต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือดได้อย่างถูกต้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (two-group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดครั้งแรก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง กรณี 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹⁷ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 31.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.53 และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 36.65 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.11 ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.69 โดยนำไปแทนค่าลงในโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การวิจัย คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) ได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ 3) ได้รับการผ่าตัดการทำให้เส้นเลือดฟอกเลือดเป็นครั้งแรก 4) รู้สึกดีว่า สามารถสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดที่ไม่สามารถทำการทดลองได้ การถูกงดหรือเลื่อนการผ่าตัด การขอลอนตัวออกจากงานวิจัย 2) กรณีต้องเปลี่ยนเป็นการให้ยาความรู้ด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิธีการฉีดยาเฉพาะที่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661590 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ

หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างไร ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีการระบุตัวบุคคลและข้อมูลจะไม่นำไปใช้ในกรณีใด ๆ นอกเหนือจากการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้อยู่ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือด ความยาวประมาณ 12 นาที ข้อมูลที่บรรจุในวีดิทัศน์ได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (self-regulation theory) ของ ลีเวนทาล และจอห์นสัน¹⁰ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด โดยมีเนื้อหาสาระรายละเอียดในสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้ 1) ข้อมูลรายละเอียดของการผ่าตัด (procedural information) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนของการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) อธิบายถึงสภาพหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ โดยรู้สึกจากการใช้ประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาจมีอาการปวดแผลขณะผ่าตัด จะมียาบรรเทาอาการปวดแผล และอาจได้ยินเสียงพูดคุยของทีมบุคลากรห้องผ่าตัด เสียงแจ้งหวั่นไหวของหัวใจ เสียงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ อาจรู้สึกเย็นหรือหนาว 3) ข้อมูลการแนะนำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ (behavioral information) อธิบายถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง การจัดทำผ่าตัด การนอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับตัวไปมา ห้ามจ้องข้อศอก หรือข้อพับ การยกแขนทำความสะอาดบริเวณตำแหน่งที่จะผ่าตัด 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (coping skill information) ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล วิธีจัดการความเครียดโดย การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ นำข้อมูลที่ได้ข้างต้นมาพัฒนาเป็นข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยปรับข้อความให้กระชับ มีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์หลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกเลือด 3 ท่าน ตรวจสอบความเข้าใจ ความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหากรอบแนวคิดทฤษฎี ความชัดเจนของข้อความถามความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.8 หลังจากนั้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมลดลง และผู้ป่วยปฏิบัติตัวในขณะผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดได้อย่างถูกต้องให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการผ่าตัด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด และภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัด 2) แบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้เครื่องมือแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ STAI Form X-1 ของ สปีลเบอร์กเกอร์ และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดี และคณะ¹⁶ มี 20 ข้อ เป็นความรู้สึกบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ 20 เป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17 และ 18 คำตอบเป็นแบบ likert scale (1=ไม่เคยมี 4= มากที่สุด) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 และ

3) แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดเชื่อมต่อเส้นเลือดที่ใช้เพื่อการฟอกไตชนิดถาวร ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงมาจากการศึกษาของเจษฎา ศรีบุญเลิศ¹⁷ ซึ่งข้อคำถามจะสอดคล้องกับข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยในวิธีทัศน์การให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด มีจำนวน 5 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1=ให้ความร่วมมือ 0=ไม่ให้ความร่วมมือ แปลผลโดยยังมีคะแนนสูง แปลว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความร่วมมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้อง หลังจากนั้นได้นำมาหาความเที่ยงแบบคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson reliability) ได้เท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 ราย และดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661590 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งเรื่องที่จะทำวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตในการทำวิจัยจากทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยผ่าตัด 5 และหัวหน้างานการพยาบาลห้องผ่าตัด 2 แจ้งเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือพยาบาลห้องผ่าตัดให้เป็นผู้ประเมิน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างเป็นระบบ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ระยะวันนัดผ่าตัด เป็นระยะที่แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ผู้ป่วยเดินทางมายังห้องผ่าตัดเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลตามปกติพร้อมทั้งนัดหมายวันที่และเวลาในการผ่าตัด

ระยะก่อนเข้าผ่าตัด ผู้ป่วยเดินทางมายังห้องผ่าตัดเพื่อยื่นใบนัดทำผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด หลังจากนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดทำการซักประวัติ ข้อมูลทั่วไป และตรวจสอบใบยินยอมรับการผ่าตัด ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัดโดยให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด (ครั้งที่ 1)

ระยะหลังผ่าตัด หลังจากแพทย์ทำการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลตามปกติพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด (ครั้งที่ 2)

กลุ่มทดลอง มีวิธีดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะวันนัดผ่าตัด เป็นระยะที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ผู้ป่วยเดินทางมายังห้องผ่าตัดเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลตามปกติพร้อมทั้งนัดหมายวันที่และเวลาในการผ่าตัด

ระยะก่อนเข้าผ่าตัด ผู้ป่วยเดินทางมายังห้องผ่าตัดเพื่อยื่นใบนัดทำผ่าตัดให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด หลังจากนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดทำการซักประวัติ ข้อมูลทั่วไป และตรวจสอบใบยินยอมรับการผ่าตัด ผู้วิจัยให้

ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด (ครั้งที่ 1) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยดูวิดีโอการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด

ระยะขณะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานของห้องผ่าตัด และในระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินความร่วมมือขณะเข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด หลังจากแพทย์ทำการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานของห้องผ่าตัดพร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด (ครั้งที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ทั้งนี้ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 โดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test และ chi-square 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t-test 4) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย independent t-test และ 5) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย chi-square

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 20-83 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 63.51 ปี (SD=15.45) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.11 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.78 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 13.89 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.44 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 รองลงมาระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 25.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.56 รองลงมาอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 27.78 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 25,491.67 บาท (SD=70,975.45) วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 58.33 รองลงมาวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 30.56 เคยเข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 66.67 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.76 รองลงมาไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 25.00 ประวัติการใช้ยาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.22 รองลงมาเบาหวาน ร้อยละ 27.78 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด โดยเฉลี่ย 62.43 นาที (SD=18.41) ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัดแผลซึม ร้อยละ 8.33

กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 18-87 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 55.86 ปี (SD=17.70) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.56 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 13.89 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 41.67 รองลงมาระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 19.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.67 รองลงมาอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 19.44 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 9,355.57 บาท (SD=13,123.05) เคยเข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 55.56 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 รองลงมาไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 30.56 ประวัติการใช้ยาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.56 รองลงมาไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 25.00 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด โดยเฉลี่ย 61.56 นาที (SD=20.66) ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัดแผลซึม ร้อยละ 0.00

การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p < 0.9786$) โดยใช้สถิติ independent t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72)

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		Mean difference (95% CI)	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อน	21.53	9.86	21.58	7.53	-0.56 (-4.18 ถึง 4.07)	0.9786
หลัง	15.19	8.11	13.14	7.80	2.06 (-1.68 ถึง 5.80)	0.2768

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใช้สถิติ pair t-test ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72)

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		Mean difference (95% CI)	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อน	21.53	9.86	21.58	7.53	6.30 (3.65 ถึง 9.02)	<0.001
หลัง	15.19	8.11	13.14	7.80	8.44 (6.49 ถึง 10.40)	<0.001

ความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทดลองพบว่า ความร่วมมือในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใช้สถิติ chi square ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72)

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ร่วมมือ	28	77.78	36	100	<0.001
ไม่ร่วมมือ	8	22.22	-	-	

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล

ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p < 0.9786$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดต่อความวิตกกังวล ซึ่งอธิบายได้ว่าความวิตกกังวลหรือความเครียดที่ลดลงจากการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมในวิดิทัศน์ มีผลช่วยลดความวิตกกังวลสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ศรีเมือง¹⁸ ที่พบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยใช้สื่อวิดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของเอื้องพร พิทักษ์สังข์⁹ ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยรวมมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางและข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดคือด้านเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

ในด้านความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ที่ได้นำทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาล และจอห์นสัน¹⁰ ซึ่งเป็นกิจกรรมพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือตลอดการผ่าตัดและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา ศรีบุญเลิศ¹⁷ ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยวิดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตรวจรักษามะเร็งตับด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา ลิมาพงษ์ ภาส และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การสอนโดยใช้สื่อวิดิทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง มากกว่าการสอนแบบบรรยาย สอดคล้องกับการศึกษาของงามพิศ ธนไพศาล²⁰ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างวิธีการปฏิบัติตัวในขณะที่เข้ารับการผ่าตัดจากวิดิทัศน์คำแนะนำในขั้นตอนของการผ่าตัดในช่วงต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องสามารถให้ความร่วมมือได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด

สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด ซึ่งได้ประยุกต์ทฤษฎีการปรับตนเองของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน¹⁰ มาใช้ในการให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือดให้สามารถมีความวิตกกังวลลดลง และก่อให้เกิดความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารพยาบาลผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด เพื่อให้การพยาบาลนั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดควรนำรูปแบบในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเพื่อการฟอกเลือด เป็นแนวทางการพยาบาลและการพัฒนารูปแบบในการดูแลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโรคอื่น

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นรูปแบบการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดปรับใช้และพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบใช้ยาเฉพาะที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย อาจารย์แพทย์หญิงปาริชาติ ตันมิตร อาจารย์นายแพทย์ชัยภักดิ์ เตชะเพชรไพบูลย์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ หน่วยผ่าตัด 5 ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย นายฉลองพล สารทอง นักวิชาการเวชสถิติ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอบคุณโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ (routine to research: R2R) ประจำปีงบประมาณ 2567 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl* 2020;395:709–33.
2. Ministry of Public Health. Number of chronic kidney disease cases, fiscal year 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/47a33f6886e36962dec4bb578819ba64> (in Thai)
3. Kidney disease improving global outcomes. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013;3(1):1–150.
4. Dirkx TC, Woodell T. Kidney disease. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editors. *Current medical diagnosis & treatment* 2019. 5th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019:p. 926–65.
5. Na Takuatung R. Effect of a day surgery pre-operative preparation program on self-care of patients undergoing arteriovenous fistula (AVF) formation for hemodialysis [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University;2014. (in Thai)
6. Kochasene P, Jittinan A. Chronic kidney disease and initiation of dialysis. In: Kochasene P, Chanchairujira T, Trakanwanich T, Pajareya T, Vareesangthip K, editors. *Essential in hemodialysis*. Bangkok: Text and Journal Publication;2014:p.1–17. (in Thai)

7. Sangsee P, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W, Mounkum S. Factors related to self-determination to select dialysis modalities in patients with end-stage renal diseases. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(3):53–65. (in Thai)
8. Surgery Unit 5, Srinagarind Hospital. Statistics 2021-2023. Khon Kaen: Srinagarind Hospital;2024. (in Thai)
9. Pituksum A, Tanterothum J, Supharex S, Waranukulsak O. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. *Nurs Sci J Thai* 2011;4(1):35–42. (in Thai)
10. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science & nursing theory*. St. Louis: Mosby;1983:p. 189–262.
11. Mesuwun P, Naka N. Perception of severity of the illness, information required, and anxiety among preoperative ENT patients in Songklanagarind Hospital. *Songklanagarind Med J* 2008;26(2):185–93. (in Thai)
12. Dumkoengtham S, Honsamsijad, Y, Thungjaroenkul P. Effect of using video media to prepare the patient before undergone anesthesia on knowledge and anxiety in orthopedic surgery patients, Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital* 2021;29(1):50–64. (in Thai)
13. Ladasoontorn S, Kanogsunthorntra T, Chaiviboontham S. The effect of video assisted teaching program on ostomy care knowledge and skills among new ostomate's caregivers. *Rama Nurs J* 2562;25(1):43–57. (in Thai)
14. Choowong J, Sophonsuksathit J. Effects of health education on self-care behaviors of chronic renal failure with hemodialysis patients. *J Health Sci Res* 2011;5(2):41–50. (in Thai)
15. Spielberger CD. Cross-cultural anxiety. In: Spielberger CD, Díaz Guerrero R, Strelau J, editors. *The nature and measurement of anxiety*. Washington: Hemisphere;1976: p. 3–12.
16. Kotchapakdi N, Vorakitphokathon S, Nissaisuk M. Anxiety disorder. Nonthaburi: Department of Mental Health;1998. (in Thai)
17. Sriboonlert J. The effect of preparatory information on anxiety and compliance in patients with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial oily chemoembolization [dissertation]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2011. (in Thai)
18. Srimeang C. Effect of the combination program of structured information and video media on knowledge and anxiety among patients during thyroid surgery preparation phase, ENT Department, Udonthani hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2022;30(3):387–98. (in Thai)

19. Leemapongpas B, Kokeeranan K, Thitipaisan N, Sirisakulwaeroj M, Yamsipee W, Waipurintha N, et al. Effects of preoperative instruction using multimedia in patients receiving spinal anesthesia. J Hlth Sci Res 2015;9(1):1–7. (in Thai)
20. Ngampit T. The effect of preparatory information regarding CAPD catheter insertion and music therapy on anxiety and patient satisfaction, Srinagarind hospital [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University;2008. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดแบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโฟลฟอกซ์

ชญาดา เฉียบแหลม พย.บ.*

มนธิดา แสงเรืองเอก ส.ด.** บุษบา สมใจวงศ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดแบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโฟลฟอกซ์ (FOLFOX) ซึ่งประกอบด้วย ยา 5-ฟลูออไรซิล (5-Fluorouracil) ออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) และลิโวโควอรีน (Leucovorin) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโฟลฟอกซ์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย การศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และแบบประเมินอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดแบบเรื้อรัง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 1.00 และมีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ การทดลองที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ออกแบบเพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเคมีบำบัด (CIPN) ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 1.00 ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับมาก ($\eta_p^2=0.470$; $p<.001$) และกลุ่มทดลองมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายแบบเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($\eta_p^2=0.196$; $p=.004$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และการรักษาสมดุลการทรงตัว ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และลดอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดได้

คำสำคัญ: เคมีบำบัด โปรแกรมการออกกำลังกาย อาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE661226 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 22 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 มีนาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล montsa@kku.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of an exercise program on perceived self-efficacy and chronic chemotherapy induced peripheral neuropathy among cancer patients receiving FOLFOX chemotherapy

Chayada Chiablaem B.N.S.*

Monthida Sangruangake Dr.P.H.** Busaba Somjaivong Ph.D.***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of an exercise program on perceived self-efficacy and chronic chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) in cancer patients receiving FOLFOX chemotherapy regimen which including 5 - fluorouracil, oxaliplatin and leucovorin. The sample consisted of 32 cancer patients receiving FOLFOX, who were admitted to a tertiary hospital in the Northeast region of Thailand. They were divided into two groups: 16 patients in the experimental group and 16 in the control group. The study was conducted from July to December 2023. The research tools included: an assessment of perceived self-efficacy in exercise among cancer patients and an assessment of chronic CIPN. The content validity of these tools was evaluated by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00 for both assessments. The inter-rater reliability scores were 0.90 and 0.94, respectively. The experimental intervention was an exercise program using videos designed to reduce CIPN, based on Bandura's self-efficacy theory. The content validity of the program was confirmed by five experts, with a CVI of 1.00. Two-way repeated measures ANOVA was used to compare difference.

The results revealed that the exercise program significantly improved the experimental group's perceived self-efficacy in exercise compared to the control group, with a large effect size ($\eta_p^2=0.470$; $p<.001$). Additionally, the experimental group showed significantly lower chronic CIPN symptoms than the control group, with a moderate effect size ($\eta_p^2=0.196$; $p=.004$).

The findings of this study suggested that muscle strengthening exercises, muscle and joint stretching exercises, and balance exercises combined with video media can enhance patients' perceived self-efficacy in exercise and reduce symptoms of CIPN.

keywords: chemotherapy; exercise program; chemotherapy-induced peripheral neuropathy

Ethical approval: HE661226, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 22 August 2024, Revised 17 March 2025, Accepted 18 March 2025

*A student of the master of nursing science program in adult nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: montsa@kku.ac.th

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติของสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้เกิดก้อนเนื้อที่ผิดปกติ ทำให้เซลล์ปกติขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้เซลล์ตายและสูญเสียการทำหน้าที่ในที่สุด เนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งสามารถแพร่กระจายหรือรุกรานเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงและการแพร่กระจายไปยังตำแหน่งที่ห่างไกลในร่างกายเพื่อสร้างเนื้อเยื่อใหม่¹ มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 19,292,789 ราย เสียชีวิตจำนวน 9,958,133 ราย² สำหรับประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 80,665, 84,073 และ 84,679 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง คิดเป็นอัตรา 123.3, 128.2 และ 129.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติในแทบทุกระบบของร่างกาย ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ถ่ายเหลว รวมทั้งเคมีบำบัดยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย⁴

อาการผิดปกติทางประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced peripheral neuropathy) หรือที่เรียกว่า CIPN เป็นความผิดปกติของเส้นประสาทที่เกิดจากพิษของเคมีบำบัดไปทำลายไมโครทิวบูล (Microtubule) และเยื่อหุ้มประสาท (myelin sheath) ในใยนำกระแสประสาทคำสั่ง (axon) ทำให้การนำสัญญาณประสาทผิดปกติ⁵ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบประสาท ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบประสาทรับความรู้สึก เช่น รู้สึกหนาฝ่ามือ/ฝ่าเท้า ชาที่นิ้วมือ/มือ หรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือ/มือ แสบร้อนหรือปวด ซึ่งอาการเกิดเป็นแบบสมมาตรของอวัยวะ 2) ข้างของร่างกายพร้อมกัน อาการจะเริ่มที่ส่วนปลายสุดของเส้นประสาทที่ยาวที่สุดก่อน โดยเริ่มที่นิ้วเท้าทั้งสองข้าง ฝ่าเท้า ข้อเท้า และขาด้านล่าง จากนั้นจะมีการทำลายเส้นประสาทส่วนบนของร่างกายเริ่มจากปลายนิ้วมือ ฝ่ามือ และแขน 2) ระบบประสาทเคลื่อนไหว เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดเล็กลำบากหรือไม่ประสานกัน เช่น การติดกระดุม การเขียนหนังสือ และ 3) ระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ วิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า ท้องผูก ปัสสาวะค้าง เป็นต้น อาการเหล่านี้ พบได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง⁶⁻⁷ อาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด เฉียบพลัน เช่น ชาปลายแขน ปลายขา ปากและลิ้น ปวดที่ขากรรไกร กล้ามเนื้อกระตุกหรือหดเกร็ง อาการจะเกิดขึ้นทันทีหลังเริ่มให้ยา หรือภายใน 24 ชั่วโมง อาการเหล่านี้ แก้ไขโดยการปรับระยะเวลาบริหารยาให้นานขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องยุติการให้ยา⁸ ในขณะที่อาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเคมีบำบัดเรื้อรัง ผู้ป่วยจะแสดงอาการชา รู้สึกคล้ายเข็มทิ่ม หรือปวดแสบปวดร้อน (burning pain) อาจมีอาการปวดคล้ายไฟช็อต (shooting pain)⁹ อาการเหล่านี้ มักเกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดรอบการรักษาที่ 5 และอาการอาจยังคงอยู่ได้นานถึง 2 ปี หลังหยุดยา⁸ ระยะเวลา 6, 12, 24 และ 36 เดือน หลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดเท่ากับ ร้อยละ 58, 45, 32 และ 24 ตามลำดับ อาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายจากเคมีบำบัดเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การติดกระดุม สวมรองเท้า เขียนหนังสือ และทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อาจส่งผลต่อการปรับลดขนาดยา เลื่อนการให้ยา หรือหยุดการให้เคมีบำบัด ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการรักษาและการรอดชีวิตของผู้ป่วย¹⁰

เคมีบำบัดสูตรฟลอฟอกซ์ (FOLFOX) ซึ่งประกอบด้วย ยา 5-ฟลูโอยูเรซิล (5-Fluorouracil) อ็อกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) และลิโวโคโรนิน (Leucovorin) ปัจจุบันถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาโรคมะเร็ง เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ อย่างไรก็ตาม เคมีบำบัดสูตรฟลอฟอกซ์ ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์

ที่สำคัญ คือ อาการ CIPN ซึ่งตัวยาออกซาลิพลาตินเป็นยาเคมีบำบัดกลุ่มแพลตตินัม (Platinum-based chemotherapy) เป็นกลุ่มยาที่มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการ CIPN ได้ทั้งแบบเฉียบพลัน พบได้ร้อยละ 85-95 และเรื้อรัง ซึ่งพบได้ ร้อยละ 40-93¹¹ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในหอผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ที่รักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2564 พบการเกิดอาการ CIPN แบบเรื้อรัง ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีสูตรโพลฟอกซ์ ร้อยละ 87.12 ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 65.71 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.42 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.6 ส่งผลให้ต้องลดขนาดเคมีบำบัดจำนวน 2 ราย และหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ จำนวน 2 ราย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านแผนการรักษาและคุณภาพชีวิต

แนวทางการจัดการ CIPN ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันพบว่า มี 2 วิธี¹¹⁻¹² คือ วิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช้ยา วิธีที่ใช้ยา เช่น กาบาเพนติน (Gabapentin) จะช่วยให้การทำงานของระบบประสาทดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยาอาจมีผลข้างเคียงได้ เช่น อ่อนล้า มึนงง แขนขาบวมและง่วงซึม¹³ ส่วนวิธีที่ไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การนวด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิการเล่นโยคะ การออกกำลังกายในน้ำ และการใช้เครื่องลดปวดด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ มีส่วนช่วยบรรเทาอาการปวดเกร็ง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ ยังช่วยลดอาการ CIPN ด้วย¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการออกกำลังกายไม่เพียงแต่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มการแลกเปลี่ยนออกซิเจน เพิ่มการไหลเวียนของกระแสโลหิตจากการขยายตัวของหลอดเลือด เพิ่มความยืดหยุ่นของเส้นประสาท แล้วยังช่วยลดการอักเสบของเส้นประสาทได้ด้วย^{4,12} นอกจากนี้การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด โดยเฉพาะอาการ CIPN และยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ดี เห็นได้จากการศึกษาของ Zimmer และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบฝึกความอดทน ความต้านทาน และสมดุล 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถลดอาการ CIPN และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของเพลินพิศ ธรรมนิภา และคณะ¹⁵ ที่พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจการออกกำลังกายแบบกายบริหาร ร่วมกับใช้อุปกรณ์กระตุ้นประสาทสัมผัสบริเวณมือและเท้าอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลลดอาการ CIPN และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่ออาการ CIPN แบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์มีจำนวนค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์เองที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลายโดยตรง อีกทั้ง ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย ตลอดจนมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลทำให้อาการ CIPN ทวีความรุนแรงมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดอาการ CIPN แบบเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ โดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูลา ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว จะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ นำมาซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หากรับรู้ว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและคาดหวัง ในผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ¹⁶ อันจะนำไปสู่การออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลลด

หรือชะลอการเกิด CIPN แบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ และสามารถได้รับเคมีบำบัดต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอาการ CIPN แบบเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการ CIPN แบบเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนอาการ CIPN แบบเรื้อรังน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁰ ซึ่งระบุว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการตัดสินใจและความมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ CIPN หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น จากการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การลดอาการ CIPN มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถได้รับเคมีบำบัดต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา โดยกรอบแนวคิดนี้มุ่งเน้นที่การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่าน 4 แนวทาง ได้แก่ การส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากต้นแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยประเมินผล 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ตามลำดับ การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ (ซึ่งประกอบด้วย ยา 5-ฟลูโอยูเรซิล อ็อกซาลิพลาติน และลิโวโรน) หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา คือ 1) มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ในรอบการรักษาที่ 4 2) แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ อย่างน้อย 8 รอบ 3) มีอาการ CIPN แบบเรื้อรัง อย่างน้อย 1 อาการ 4) คะแนนสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เกณฑ์ของ eastern cooperative oncology group (ECOG) น้อยกว่า 2 คะแนน 5) ไม่เป็นโรคเบาหวานที่มีประวัติชาปลายมือปลายเท้า หรือโรคทางระบบประสาท เช่น ลมชัก พาร์กินสัน และปลายประสาทอักเสบ เป็นต้น 6) ไม่มีประวัติอาการชาบริเวณมือและเท้าก่อนได้รับเคมีบำบัด 7) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการ ฟัง พูด

อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี 8) มีโทรศัพท์มือถือสำหรับเปิดวีดิทัศน์ 9) ทราบการวินิจฉัยของตนเองว่าเป็นมะเร็งจากแพทย์ และ 10) ยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัวที่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด และสมอง เป็นต้น 3) ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) และ 4) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร จำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร อีกทั้งการศึกษายังมีเกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกระหว่างการศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการร่วมวิจัย 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น 3) แพทย์ยุติการรักษาด้วยเคมีบำบัดบำบัดสูตรฟลอปอกซ์แล้ว เปลี่ยนการรักษาเป็นวิธีอื่น และ 4) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกับงานวิจัยนี้ เท่ากับ 0.30¹⁴ จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย จึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินวิจัย ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 32 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งปรับมาจากแบบประเมินที่พัฒนาโดย Dong และคณะ¹⁷ มี 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และ 3) แบบประเมินอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายจากเคมีบำบัด (The quality-of-life questionnaire-CIPN) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยนุศรา ประเสริฐศรี และคณะ¹⁸ มี 20 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดอาการ CIPN และวีดิทัศน์การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดรา¹⁶ ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งครอบคลุม 4 วิธีการสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย อาการและอาการแสดง ผลกระทบ การจัดการอาการ CIPN และวีดิทัศน์การให้ความรู้และการออกกำลังกาย โดยโปรแกรมการออกกำลังกายมีความหนักระดับปานกลาง ประกอบไปด้วย กิจกรรมการออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และการรักษาสมดุลหรือการทรงตัว ทั้งหมด 12 ท่า ปฏิบัติ ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับกิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสมือและเท้า โดยใช้อุปกรณ์ไม้กวาดสำหรับมือและเท้า ครั้งละ 5-10 นาที วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น และปฏิบัติต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน อีกทั้งโปรแกรมมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาและให้กำลังใจผู้ป่วยในวันอาทิตย์ของทุกสัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบประเมินอาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายจากเคมีบำบัด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1.0 และมีความเชื่อมั่น โดยการให้พยาบาล 2 คน ใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปคำนวณค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ
2. โปรแกรมการออกกำลังกายและวิถีทัศน์ ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.0

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จำนวน 16 ราย จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อ จำนวน 16 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่เป็นมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย โดยในครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นวันแรกของการรับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ รอบที่ 4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และประเมินอาการ CIPN ก่อนเริ่มโปรแกรม จากนั้น ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินอาการ CIPN และครั้งที่ 3 ณ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และประเมินอาการ CIPN เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการสาธิต การออกกำลังกายและวิถีทัศน์

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติที่เป็นมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วยร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดอาการ CIPN รวมถึงการให้ความรู้ผ่านวิถีทัศน์ โดยครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นวันแรกของการรับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ รอบที่ 4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอาการ CIPN จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการ CIPN รวมถึงการให้ความรู้ผ่านการชมวิถีทัศน์ ผู้วิจัยชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง อีกทั้ง โปรแกรมยังมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาและให้กำลังใจผู้ป่วยในวันอาทิตย์ของทุกสัปดาห์ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินอาการ CIPN และครั้งที่ 3 ณ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอาการ CIPN

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนอาการ CIPN ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ 1) การกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normal distribution) ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ ได้แก่ (1) ค่า p-value ของ shapiro-wilk test .05 ขึ้นไป¹⁹ (2) ค่าความเบ้ (skewness) อยู่ในช่วง -2.000 ถึง 2.000²⁰ หรือ (3) ค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ในช่วง -2.000 ถึง 2.000²¹ และ 2) การตรวจสอบความแปรปรวน (sphericity) ของแต่ละ

ช่วงเวลาของการประเมินผล ทดสอบโดยใช้สถิติ mauchly's test of sphericity²² เมื่อข้อตกลงเบื้องต้นเป็นไปตามข้อกำหนด ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโปรแกรมออกกำลังกาย และรายงานขนาดอิทธิพล (effect size) ของโปรแกรมส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ตามขนาดอิทธิพลของ partial eta squared (η_p^2) โดยใช้เกณฑ์ของ cohen²³ ดังนี้ 1) η_p^2 น้อยกว่า 0.02 หมายถึง โปรแกรมออกกำลังกายส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ ระดับน้อยมาก (very small effect size) 2) η_p^2 0.02-0.12 หมายถึง โปรแกรมออกกำลังกายส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ ระดับน้อย (small effect size) 3) η_p^2 0.13-0.25 หมายถึง โปรแกรมออกกำลังกายส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ ระดับปานกลาง (medium effect size) และ 4) η_p^2 0.26 ขึ้นไป หมายถึง โปรแกรมออกกำลังกายส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ ระดับมาก (large effect size)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661226 อนุมัติวันที่ 28 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมตามประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki's declaration) ทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและเชิญชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลาของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และสิทธิการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย หากปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดหรือจากภาวะของโรค กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันที ทั้งนี้ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบให้ทราบ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 68.75 กลุ่มทดลอง 58.50 ปี (SD=11.00) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 61.50 ปี (SD=12.25) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=32) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=16)	z/t	p-value
เพศ (n, [%])			0.155 ^b	1.000
ชาย	12 (75.00)	11 (68.75)		
หญิง	4 (25.00)	5 (31.25)		
อายุ (ปี, Median, [IQR])	58.50 (11.00)	61.50 (12.25)	120.000 ^c	.780
ระดับการศึกษา (n, [%])			1.200 ^b	.753
ประถมศึกษา	12 (75.00)	12 (75.00)		
มัธยมศึกษา	2 (12.50)	3 (18.75)		
อนุปริญญาตรี	1 (6.25)	1 (6.25)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=32) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=16)	z/t	p-value
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1 (6.25)	0		
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ² , [$\bar{X}$, SD])	21.47 (2.43)	21.29 (3.34)	-0.177 ^d	.861
การวินิจฉัยโรค (n, [%])			6.377 ^b	.382
มะเร็งลำไส้	6 (37.50)	5 (31.25)		
มะเร็งท่อน้ำดี	1 (6.25)	3 (18.75)		
มะเร็งตับ	6 (37.50)	5 (31.25)		
มะเร็งกระเพาะอาหาร	3 (18.75)	3 (18.75)		
ระยะของโรคมะเร็ง (n, [%])			0.368 ^b	.544
ระยะที่ 2	1 (6.25)	2 (12.50)		
ระยะที่ 3	15 (93.75)	14 (87.50)		
โรคประจำตัว (n, [%])			0.667 ^b	.685
ไม่มี	11 (68.75)	13 (81.25)		
เบาหวาน	2 (12.50)	1 (6.25)		
ความดันโลหิตสูง	2 (12.50)	0		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	1 (6.25)	1 (6.25)		
ต่อมลูกหมากโต	0	1 (6.25)		
สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ (n, [%])			1.166 ^a	.280
FOLFOX-4	8 (50.00)	5 (31.25)		
FOLFOX-6	8 (50.00)	11 (68.75)		

หมายเหตุ: IQR: interquartile range; $\bar{X}$:mean; SD:standard deviation; a:chi-square test; b:fisher's exact test; c:mann-whitney U test; d:independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายให้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta^2=0.470$; $p<.001$) ในระดับมาก (large effect size) เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.61 คะแนน (mean difference: MD=0.61, 95%CI:0.27, 0.95; $p<.001$) อีกทั้งโปรแกรมการออกกำลังกายยังมีผลลดอาการ CIPN ให้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta^2=0.196$; $p=.004$) ในระดับปานกลาง (medium effect size) เมื่อพิจารณาในช่วง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการ CIPN น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.12 คะแนน (MD=-0.12, 95%CI:-0.20, -0.03; $p=.004$) และเมื่อเวลาผ่านไปจนครบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการ CIPN น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.20 คะแนน (MD=-0.20, 95%CI:-0.27, -0.14; $p<.001$) เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 3 ภาพที่ 1A และภาพที่ 1B

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนอาการ CIPN ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม ณ สัปดาห์ที่ 0, 4 และ 8 โดยใช้ two-way repeated measures ANOVA (n=32)

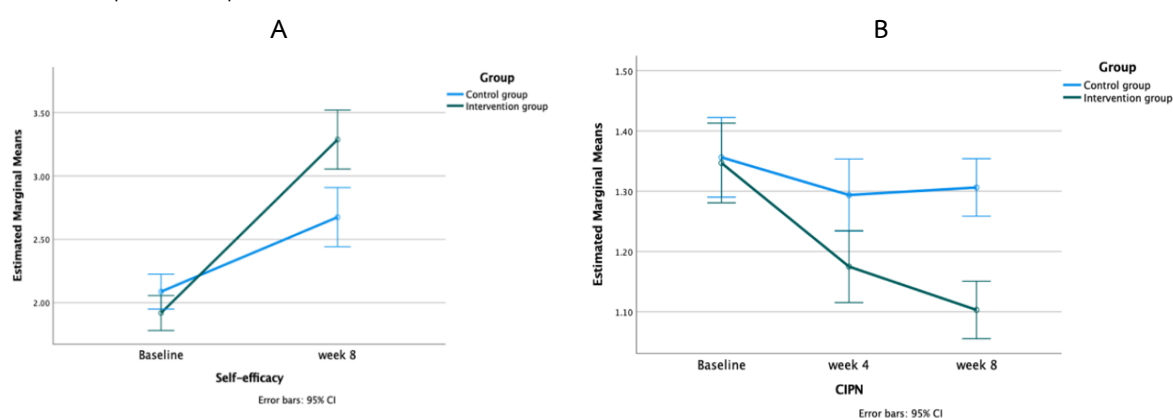
ผลลัพธ์	สัปดาห์	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		ความแตกต่างระหว่างเวลา		ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม		ความแตกต่างระหว่างเวลาและกลุ่ม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	η_p^2	p	η_p^2	p	η_p^2	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0	1.92	0.14	2.09	0.36						
	8	3.29	0.13	2.68	0.63	0.847	<.001**	0.122	.050	0.470	<.001**
CIPN	0	1.35	0.08	1.36	0.17						
	4	1.18	0.13	1.29	0.11	0.384	<.001**	0.345	<.001**	0.196	.004*
	8	1.10	0.11	1.31	0.07						

หมายเหตุ: $\bar{X}$: mean; SD: standard deviation; η_p^2 : partial eta squared; p: p-value; *p<.01; **p<.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนอาการ CIPN แบบรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Post Hoc analysis ด้วยวิธี Bonferroni (n=32)

ผลลัพธ์	สัปดาห์	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		ผลต่างระหว่างกลุ่ม		
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	MD	95%CI	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0	1.92	0.14	2.09	0.36	-0.17	-0.36, 0.26	.087
	8	3.29	0.13	2.68	0.63	0.61	0.27, 0.95	<.001**
CIPN	0	1.35	0.03	1.36	0.03	-0.01	-0.01, 0.10	.839
	4	1.16	0.03	1.29	0.03	-0.12	-0.20, -0.03	.007*
	8	1.10	0.02	1.31	0.02	-0.20	-0.27, -0.14	<.001**

หมายเหตุ: $\bar{X}$: mean; SD: standard deviation; MD: mean difference; 95%CI: 95% confidence interval; *p<.01; **p<.001



ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย (A) และคะแนนอาการ CIPN (B) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเวลาผ่านไป 4 หรือ 8 สัปดาห์

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta^2=0.196$; $p=.004$) และมีอาการ CIPN น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($\eta^2=0.470$; $p<.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยในระยะแรก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย อาการ และการจัดการอาการ CIPN ส่งผลให้ขาดความมั่นใจและไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม หลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย พร้อมสื่อวีดิทัศน์เพื่อทบทวน กลุ่มทดลองจึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกาย เพื่อลดอาการ CIPN ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁶ ที่อธิบายว่า การเห็นความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) มีอิทธิพลต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย อาการ และแนวทางการจัดการ CIPN พร้อมสื่อวีดิทัศน์ที่ช่วยให้สามารถศึกษาทบทวนได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ผ่านการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกาย รวมถึงมีการมออุปการณ์กระตุ้นประสาทสัมผัส (emotional arousal) เช่น ไม้นวดมือและเท้า เพื่อช่วยลดอาการ CIPN และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอผ่านการโทรศัพท์เยี่ยม เมื่อกลุ่มทดลองกลับบ้าน

ผู้วิจัยได้สาธิตการออกกำลังกายเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง พร้อมสื่อวีดิทัศน์ที่ช่วยให้สามารถศึกษาทบทวนได้ด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกายได้อย่างมั่นใจอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเพลินพิศ ธรรมนิภา และคณะ¹⁵ ที่พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่พัฒนาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถลดอาการชาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริหารมือและขาเป็นรายบุคคล พร้อมสื่อวีดิทัศน์ให้ฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการชา คู่มือการดูแลตนเอง และอุปกรณ์กระตุ้นประสาทสัมผัส

นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการ CIPN ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทั้งในสัปดาห์ที่ 4 ($MD=-0.12$, 95% CI: -0.20, -0.03; $p=.004$) และสัปดาห์ที่ 8 ($MD=-0.20$, 95% CI: -0.27, -0.14; $p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับกลไกที่การออกกำลังกายช่วยลดการเกิดสารพิษต่อระบบประสาทผ่านการหลั่งสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) และการลดกระบวนการอักเสบ อีกทั้งยังส่งเสริมการส่งสัญญาณของระบบประสาท และการหลั่งสารที่ช่วยลดความเจ็บปวดและเสริมสร้างอารมณ์ดี เช่น interleukin-1, interleukin-6, interleukin-10, 5-hydroxytryptamine (5-HT), dopamine, endorphin และ gamma-aminobutyric acid (GABA) เป็นต้น ผลลัพธ์ของการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Zimmer และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายแบบฝึกความอดทน ความต้านทาน และสมดุล 2 ครั้งต่อสัปดาห์นานครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยลดการเกิดพิษของเคมีบำบัดต่อระบบประสาทผ่านการหลั่งสารต้านอนุมูลอิสระ และการลดกระบวนการอักเสบ เป็นผลให้สามารถลดอาการ CIPN และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Dhawan และคณะ²⁵ ยังพบว่า การออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัวที่บ้าน เป็นเวลา 10 สัปดาห์ สามารถลดอาการ

ปวดและอาการ CIPN และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังนั้น ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายตั้งแต่เริ่มมีอาการ CIPN เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และการรักษาสมดุลการทรงตัว ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และลดอาการ CIPN ได้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการออกกำลังกาย พร้อมสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แม้ว่าจะเป็นกรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที หากเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการ CIPN ลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลควรมีการส่งเสริมความมั่นใจในการออกกำลังกาย และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดหรือชะลอการเกิดอาการ CIPN เรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และทำวิจัยต่อไป

1. ควรให้ความรู้อย่างเข้มข้นทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด ร่วมกับทบทวนโปรแกรมฯ เพิ่มเติมเพื่อไม่ให้เกิดการลืมหรือจดจำได้ไม่หมด
2. ควรจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรโพลฟอกซ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ซึ่งอาจส่งผลให้อาการ CIPN ลดลงได้
3. สามารถใช้โปรแกรมการออกกำลังกายนี้เพื่อป้องกันการเกิด CIPN ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มแพลตตินัม เช่น ซีสพลาติน (Cisplatin), คาร์โบพลาติน (Carboplatin) และอ็อกซาลิพลาติน เป็นต้น
4. ควรมีการแนะนำ สาธิต และฝึกปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย ในกรณี queผู้ป่วยมีอุปสรรคด้านการสื่อสาร ด้านการใช้งานโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมความมั่นใจในการออกกำลังกาย และกระตุ้นอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมฯ อย่างสม่ำเสมอ
5. ควรมีการติดตามอาการ CIPN ต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี เนื่องจากอาการ CIPN สามารถคงอยู่ได้นานถึง 2 ปี นอกจากนี้ ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในด้านอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการ CIPN มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก อีกทั้งควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรอื่น ๆ เช่น สูตรแพคลีแท็กเซล (Paclitaxel) + คาร์โบพลาติน (Carboplatin) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดและสูตร R-CHOP สำหรับรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจายของโรค ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร รวมทั้งผู้ที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ จึงควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกาย สำหรับป้องกัน CIPN ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

References

1. National Cancer Institute. What Is cancer? [Internet]. 2020 [updated 2020; cited 2024 Jun 3]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36

- cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71(3):209-49.
3. Strategy and planning division, Ministry of public health. Public health statistics A.D. 2022 [Internet]. 2022 [updated 2022; cited 2024 Jun 3]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>. (in Thai)
 4. Selvy M, Pereira B, Kerckhove N, Gonneau C, Feydel G, Pétorin C, et al. Long-term prevalence of sensory chemotherapy-induced peripheral neuropathy for 5 years after adjuvant FOLFOX chemotherapy to treat colorectal cancer: a multicenter cross-sectional study. *J Clin Med* 2020;9(8):1-15.
 5. Starobova H, Vetter I. Pathophysiology of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Front Mol Neurosci* 2017;10:1-21.
 6. Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, Casagrande R, Grady PA, Jacobsen P, et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: expert panel proceedings and recommendations. *J Natl Cancer Inst* 2017;109(4):1-9.
 7. Colvin LA. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: where are we now? *Pain* 2019;160(1):S1-10.
 8. Zribi A, Ben Nasr S, Hamdi S, Ayari J, Fendri S, Balti M, et al. Oxaliplatin-induced peripheral neuropathy risk factors and management in tunisian population. *Pan Afr Med J* 2020;35:1-6.
 9. Grothey A, Nikcevich DA, Sloan JA, Kugler JW, Silberstein PT, Dentchev T, et al. Intravenous calcium and magnesium for oxaliplatin-induced sensory neurotoxicity in adjuvant colon cancer: NCCTG N04C7. *J Clin Oncol* 2011;29(4):421-7.
 10. Cavaletti G, Marmiroli P. Management of oxaliplatin-induced peripheral sensory neuropathy. *Cancers* 2020;12(6):1370.
 11. Crichton M, Yates PM, Agbejule OA, Spooner A, Chan RJ, Hart NH. Non-pharmacological self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in people with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2022;14(12):1-20.
 12. Guo S, Han W, Wang P, Wang X, Fang X. Effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* 2023;17(2):318-31.
 13. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, Lavoie Smith EM, Bleeker J, Cavaletti G, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American society of clinical oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 2014;32(18):1941-67.
 14. Zimmer P, Trebing S, Timmers-Trebing U, Schenk A, Paust R, Bloch W, et al. Eight-week, multimodal exercise counteracts a progress of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and improves balance and strength in metastasized colorectal cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018;26(2):615-24.

15. Thamnipa P, Thananowan N, Uppagan R, Viriyapak B. Effects of exercise program on peripheral neuropathy and the quality of life in patients with ovarian cancer receiving chemotherapy. *J Nurs Sci* 2018;36(2):42-53. (in Thai)
16. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman;1997.
17. Dong XF, Liu YJ, Wang AX, Lv PH. Psychometric properties of the Chinese version of the self-efficacy for appropriate medication use scale in patients with stroke. *Patient Prefer Adherence* 2016;14(10):321-7.
18. Prasertsri N, Teeyapan W, Leangsomnapa Y, Chaliya Wamalun C. Nurse's role in caring of chemotherapy-induced peripheral neuropathy patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):1-13. (in Thai)
19. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab* 2012;10(2):486-9.
20. Hair J, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis 7th ed. New Jersey: Pearson Educational International;2010.
21. George D, Mallery M. SPS for windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update. 10th ed. Boston: Pearson;2010.
22. Clinch JJ, Keselman HJ. Parametric alternatives to the analysis of variance. *J Educ Stat* 1982;7(3):207-14.
23. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112(1):155-9.
24. Brett Whalen L, Zachary Wright W, Kundur P, Angadi S, Modesitt SC. Beneficial effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy and sleep disturbance: a review of literature and proposed mechanisms. *Gynecol Oncol Reports* 2022;39: 100927.
25. Dhawan S, Andrews R, Kumar L, Wadhwa S, Shukla G. A randomized controlled trial to assess the effectiveness of muscle strengthening and balancing exercises on chemotherapy-induced peripheral neuropathic pain and quality of life among cancer patients. *Cancer Nurs* 2020;43(4):269-80.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรรณิกา สุวรรณ วท.ม.* สุธิศา รักษา วท.บ.**

วัลย์ลักษณ์ สิทธิบรรณ ส.ม.*** จิรา แก้วดำ วท.ม.**** วริศรา ลิขิวัฒน์ วท.บ.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง การวิจัยมี 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการตามรูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผล รูปแบบดังกล่าว ได้รับการพัฒนาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การดำเนินการ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 46 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครควบคุมโรค แกนนำ และประชาชนในชุมชนในหมู่บ้าน A จังหวัดสุราษฎร์ธานี เสริมพลังอำนาจ ด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารเค็ม 2) การตรวจวัดความเค็มในอาหาร 3) การส่งเสริมการออกกำลังกาย 4) การวัดความดันโลหิตและการส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแล และ 5) การรณรงค์ดื่มน้ำและแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า หลังการดำเนินโครงการคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง และความรู้การบริโภคอาหารเค็มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือนลดลงจากค่าเฉลี่ย 0.72 ± 0.48 mg/dL เหลือ 0.69 ± 0.24 mg/dL ลดลง 0.03 mg/dL ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p = 0.62$) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 119.67 ± 12.31 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 113.03 ± 13.48 mmHg หลังดำเนินการ ($p < 0.001$) ขณะที่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 78.50 ± 9.39 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 72.80 ± 10.19 mmHg หลังดำเนินการ ($p < 0.001$) จำนวนผู้ออกกำลังกายแบบกลุ่มในหมู่บ้านเพิ่มขึ้น 32 คน แผนการออกกำลังกายแบบเดิม ซึ่งต้องเดินทางไปออกกำลังกายนอกหมู่บ้าน การถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ต่อประชาชนในหมู่บ้านโดยตรงในด้านสุขภาพ สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ แกนนำชุมชนได้เสนอให้เทศบาลเมืองสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย และพัฒนาสถานที่ในการออกกำลังกายเพิ่มเติมให้ได้มาตรฐาน รวมถึงสนับสนุนเครื่องวัดระดับโซเดียมในอาหาร เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบดังกล่าว สามารถเพิ่มความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงของโรคได้ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของเขตเมืองอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย Exc-03/2565 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 30 เมษายน 2568

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล pukannika22@yahoo.com

**นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11

****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11

*****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

Development of a model for prevention and control of hypertension and stroke in urban areas of Surat Thani Province

Kannika Suwanna M.Sc.* Sutisa Rakkhao B.S.**
Walailuck Sittibun M.P.H*** Jira Kaewdam M.Sc.**** Warisara Sikiwat B.S.*****

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a model for prevention and control of hypertension and stroke in urban areas. The research was conducted in three phases: 1) preparation, 2) implementation, and 3) evaluation phases. The model was developed using the action research methodology based on Kemis and McTaagt's actions research concept, which consisted of four steps; planning, action, observation and reflection. A total of 46 participants were involved, including community health center personnel, village health volunteers, disease control volunteers, community leaders, and residents in Village A, Surat Thani Province. Five key empowered activities were implemented: 1) education on hypertension and salt consumption, 2) measuring salt levels in food, 3) promoting physical exercise, 4) blood pressure monitoring and data referral to the community health center, and 5) smoking and alcohol cessation campaigns. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that post-intervention, knowledge scores on hypertension and knowledge scores on salt consumption significantly increased ($p < 0.001$). Household sodium levels decreased from an average of 0.72 ± 0.48 mg/dL to 0.69 ± 0.24 mg/dL, which was not different ($p = 0.62$). The average systolic blood pressure decreased from 119.67 ± 12.31 mmHg before the intervention to 113.03 ± 13.48 mmHg after the intervention ($p < 0.001$), and the average diastolic blood pressure decreased from 78.50 ± 9.39 mmHg before the intervention to 72.80 ± 10.19 mmHg after the intervention ($p < 0.001$). The number of people participating in group exercise within the village increased by 32 people instead of the previous pattern of traveling outside the village for exercise. Lessons learned from the project showed that the developed model directly benefited villagers' health and could be applied in daily life. Community leaders proposed that the municipality support exercise equipment, improve exercise places to meet standards, and provide sodium measurement tools for sustainability and continuity of activities.

In conclusion, the developed model can effectively increase knowledge, promote appropriate healthy behaviors, and reduce disease risk, which can be applied in other urban contexts.

keywords: model development; prevention and control; urban area; hypertension; stroke

Ethical approval: Exc-03/2565, Plagiarism checked, 2 Reviewers

Received 8 February 2025, Revised 29 April 2025, Accepted 30 April 2025

*Public health technical officer, A senior professional level, Office of disease prevention and control region 11,
Corresponding author, E-mail: pukannika22@yahoo.com

**Public health technical officer, A practitioner level, Thungsong District Public Health Office,
Nakhon Si Thammarat Province

***Public health technical officer, A senior professional level, Office of disease prevention and control region 11

****Public health technical officer, A professional level, Office of disease prevention and control region 11

*****Public health technical officer, A practitioner level, Office of disease prevention and control region 12

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคนทั่วโลก โดยส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย ในปี 2564 เท่ากับ 10,107.55 ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 10,812.05 ต่อประชากรแสนคน²

สถานการณ์ทั่วโลก พบว่า 1 ใน 4 ของประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 12 ล้านคน (ทุก ๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสม จำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 70 ปี¹ โดยอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 11 เพิ่มขึ้นจาก 275.12 ในปี 2560 เป็น 382.33 ในปี 2564²

จังหวัดสุราษฎร์ธานี อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564 อยู่ที่ 13,731.18 ต่อประชากรแสนคน อัตราความชุกโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 553.70 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและของเขตสุขภาพ ที่ 11 อย่างมีนัยสำคัญ² สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า พื้นที่เขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวมากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนเมือง โดยสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครควบคุมโรค (อสคร.) อาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในการเป็นแกนนำให้ความรู้และเฝ้าระวังสุขภาพในพื้นที่³ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่เขตเมือง รวมทั้งการดำเนินงานในปัจจุบัน พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนเมืองยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตแบบเมืองที่มีความเร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่ได้ปรุงอาหารเอง และมีข้อจำกัดในการควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารที่ซื้อจากร้านค้า รวมทั้งมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีภาวะอ้วน ภาวะเครียดสะสม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชาชนและชุมชนยังไม่มีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา⁴

ผลการศึกษาของจิรัชยา เจียวกิก และคณะ⁵ ในเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาสังคมและชุมชนอันเป็นรูปธรรม เป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในมิติของการร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการพร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ รวมทั้งร่วมรับผลของการพัฒนา นอกจากนี้พบว่า ผลการศึกษาของสุพิมล ขอบผล และคณะ⁶ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผลการวิจัย ชุมชน และผู้นำชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของชุมชน และร่วมกันดำเนินโครงการปลอดเหล้าในงานศพ ขยายโครงการไปในทุกหมู่บ้าน ผู้นำ และชาวบ้านในชุมชนจำนวนหนึ่งสามารถลด

ละเลิกดื่มสุราได้ มีความต่อเนื่องของโครงการโดยเทศบาลไปดำเนินการต่อ ชุมชนมีความพึงพอใจเข้าร่วมดำเนินการ เนื่องจากเห็นประโยชน์และผลกระทบในการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ

ด้วยเหตุนี้การวิจัยนี้ ซึ่งมุ่งเน้นเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงประยุกต์แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การดำเนินการ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection) ในการร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อช่วยเสริมสร้างความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนเมืองอื่น ๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาและดำเนินการรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาจากความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการเกิดโรคของประชาชนในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การดำเนินการ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection) ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การดำเนินการ (action) 3) การสังเกตผล (observation) และ 4) การสะท้อนผล (reflection) และในส่วนระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ปี 2565 ของหมู่บ้าน A อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี บริบทพื้นที่ และสภาพปัญหา

ต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชน 2) ศึกษาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน A อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี โดยการสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนตามแบบสำรวจ โดย อสม. อสคร. และ แกนนำชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การดำเนินการ (action) 3) การสังเกตผล (observation) และ 4) การสะท้อนผล (reflection) ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (planning)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำชุมชน อสม. อสคร. และประชาชนในพื้นที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อระดมความคิด (brainstorming) วิเคราะห์สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองในชุมชน รวมถึงระบุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชนและการสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นในพื้นที่ โดย อสม. อสคร. และแกนนำชุมชน จากนั้นร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารเค็ม การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การตรวจวัดความดันโลหิตของประชาชนในหมู่บ้าน และการรณรงค์คุบบุหรี่และแอลกอฮอล์

2. ขั้นตอนการดำเนินการ (action)

หลังจากวางแผนแล้ว ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารเค็มแก่แกนนำและประชาชน การตรวจวัดความเค็มในอาหารของครัวเรือน การตรวจวัดความดันโลหิต การรณรงค์คุบบุหรี่และแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางสื่อสารในชุมชน ได้แก่ กลุ่มไลน์หมู่บ้าน และการจัดกิจกรรมออกกำลังกายภายในหมู่บ้าน

3. ขั้นตอนการสังเกตผล (observation)

ในระหว่างดำเนินการ จะมีการสังเกตและบันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น อัตราการเข้าร่วมอบรม การติดตามตรวจวัดระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือนตัวอย่าง การสังเกตกิจกรรมออกกำลังกาย และบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย และการตรวจวัดระดับความดันโลหิต โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาไว้ ซึ่งดำเนินการโดย อสม. อสคร. และแกนนำชุมชน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (reflection)

ในขั้นตอนนี้ จะมีการถอดบทเรียนร่วมกัน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยผู้วิจัยและแกนนำชุมชน จะร่วมกันทบทวนผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด วิเคราะห์ผลสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้เข้าร่วมเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต รวมทั้งผู้วิจัย และแกนนำชุมชน ได้คืนข้อมูลระดับความดันโลหิตของประชาชนให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ได้แก่ 3.1 การประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารเค็ม ค่าความเค็มในอาหารของครัวเรือน การออกกำลังกาย และค่าความดันโลหิต 3.2 การประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองรายใหม่ 3.3 การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาและกิจกรรมที่ดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในหมู่บ้าน A ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 46 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครควบคุมโรค (อสร.) และแกนนำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน
2. กลุ่มประชาชนทั่วไป ครีวเรือนตัวอย่าง จำนวน 30 ครีวเรือน โดยมีตัวแทนบ้านละ 1 คน รวม 30 คน

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีถิ่นที่อยู่ในหมู่บ้าน A มาไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัคร ครีวเรือนตัวอย่างในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพในหมู่บ้าน ที่จะช่วยให้การดำเนินโครงการสำเร็จและยั่งยืน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีถิ่นที่อยู่ในหมู่บ้าน A มาไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและไม่ยินยอมให้ข้อมูลใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ
 - 1.1 สื่อให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และเกลือโซเดียม
 - 1.2 เครื่องวัดระดับเกลือโซเดียมในอาหาร
 - 1.3 เครื่องวัดความดันโลหิต
 - 1.4 แบบสำรวจข้อมูลสุขภาพของประชาชน
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง: ใช้แบบสอบถามของกัลยา คงถาวร⁸ แบบสอบถามนี้มีคำถามแบบถูก/ผิด จำนวน 19 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็ม ใช้แบบสอบถามของสายหยุด มูลเพชร⁹ แบบสอบถามนี้ เป็นคำถามแบบถูก/ผิด จำนวน 15 ข้อ
4. แบบประเมินความพึงพอใจ แบบสอบถามระดับ likert scale 5 ระดับ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาและกิจกรรมที่ดำเนินการ
5. แบบบันทึกการวัดความเค็มในอาหาร ใช้สำหรับบันทึกผลการตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหารของครีวเรือนตัวอย่าง ก่อนและหลังการอบรม
6. แบบสังเกตกิจกรรมการออกกำลังกาย สำหรับบันทึกจำนวนคนและความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของประชาชน
7. แบบบันทึกผลการตรวจความดันโลหิต ใช้สำหรับเก็บข้อมูลค่าความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
8. แบบรายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองของหมู่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการใน 2 ด้าน ได้แก่

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคไม่ติดต่อ 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา index of item objective congruence (IOC) และมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ซึ่งถือว่าเหมาะสม
2. ความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคโซเดียม ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-richardson 21 (KR-21) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.70 แสดงถึงความสอดคล้องภายในที่อยู่ในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ดำเนินการใน 4 ขั้นตอน ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (planning)
 - สํารวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เช่น สถานการณ์ด้านสุขภาพ อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสำรวจและข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่
 - ประชุมร่วมแกนนำชุมชน อสม. อสคร. และประชาชน เพื่อระบุปัญหาและปัจจัยเสี่ยง พร้อมออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม
2. ขั้นตอนการดำเนินการ (action)
 - เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารเค็ม ก่อนและหลังการอบรม ในกลุ่มแกนนำครัวเรือนตัวอย่างในหมู่บ้าน
 - ใช้แบบบันทึกการวัดความเค็มในอาหารของครัวเรือนตัวอย่าง ก่อนและหลังการอบรม
 - บันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย การเข้าร่วมอบรม และผลการตรวจวัดความดันโลหิต โดย อสม. แกนนำชุมชน และใช้เครื่องวัดความดันโลหิตของหมู่บ้านที่มีการสอบเทียบทุกปี
 - เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาและกิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มอสม. อสคร. แกนนำหมู่บ้าน แกนนำครัวเรือนตัวอย่าง และประชาชนในหมู่บ้าน
3. ขั้นตอนการสังเกตผล (observation)
 - การสังเกตและบันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น อัตราการเข้าร่วมอบรม การติดตามตรวจวัดระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือนตัวอย่าง การสังเกตกิจกรรมออกกำลังกาย และบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย และการตรวจวัดระดับความดันโลหิตของประชาชน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาไว้ ซึ่งดำเนินการโดย อสม. อสคร. และแกนนำชุมชน
4. ขั้นสะท้อนผล (observation & reflection)
 - รวบรวมข้อมูลค่าความดันโลหิต โดย อสม. และแกนนำ และคืนข้อมูลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อไป
 - รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการถอดบทเรียน โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจำแนกประเด็นสำคัญจากการถอดบทเรียน โดยการสนทนากลุ่ม แล้วจัดกลุ่มเนื้อหาเพื่อหาข้อสรุปเชิงลึก

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

- วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคโซเดียม ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการอบรม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช (Exc-03/2565) วันที่ 12 กรกฎาคม 2565-11 กรกฎาคม 2566 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาทำการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวบุคคลได้ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การสรุปข้อมูลผลการศึกษาคือสรุปเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1) ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ปี 2565 ของหมู่บ้าน A อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี บริบทพื้นที่ และสภาพปัญหาต่าง ๆ พบว่า หมู่บ้าน A เป็นหมู่บ้านจัดสรร 115 หลังคาเรือน มีกรรมการหมู่บ้านดำเนินการด้านสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัวและศูนย์สุขภาพชุมชนเดือนละ 4 ครั้ง ปัญหาสุขภาพหลัก คือ โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ปี 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 9 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย

2) ผลการศึกษาข้อมูลสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ในหมู่บ้าน A จำนวน 46 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 ราย ร้อยละ 69.57 อายุ 45-54 ปี 18 ราย ร้อยละ 39.13 รองลงมาอายุ 35-44 ปี 14 ราย ร้อยละ 30.43 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 38 ราย ร้อยละ 82.61 ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 15 ราย ร้อยละ 32.61 มีโรคประจำตัว 13 ราย ร้อยละ 28.26ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 9 ราย หลอดเลือดสมอง 2 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน A ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลักษณะ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ (100.0)
เพศชาย	14	30.43
เพศหญิง	32	69.57
อายุ 25-34	2	4.35
อายุ 35-44	14	30.43
อายุ 45-54	18	39.13

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน A ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ (100.0)
อายุ 55-64	9	19.57
อายุ > 65 ปี	3	6.52
การศึกษา: ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	17.39
การศึกษา: ปริญญาตรีขึ้นไป	38	82.61
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อย/ผอม (< 18)	1	2.17
ปกติ (สุขภาพดี) (18.5-22.9)	10	21.74
ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 (23.0-24.9)	15	32.61
อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 (25.0-29.9)	14	30.43
อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3 (>30)	6	13.04
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	33	71.74
มีโรคประจำตัว	13	28.26
โรคความดันโลหิตสูง	9	19.57
โรคเบาหวาน	5	10.87
โรคหลอดเลือดสมอง	2	4.35
โรคหอบเฉียบพลัน	2	4.35
โรคหัวใจขาดเลือด	1	2.17
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	4	8.70
ไม่สูบบุหรี่	38	82.61
เคยสูบแต่ไม่สูบแล้ว	4	8.70

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง โดยการจัดกิจกรรม ได้แก่

- การอบรมให้ความรู้ จัดอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง การบริโภคอาหารเค็ม การสาธิตการใช้เครื่องวัดเกลือโซเดียมในอาหาร โดยมีผู้เข้าร่วม 45 คน คิดเป็น 97.8% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
- การตรวจวัดความเค็มในอาหาร: ดำเนินการตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหารของครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 30 ครัวเรือน โดยใช้เครื่องวัดปริมาณเกลือแบบดิจิทัล
- การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย: จัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในหมู่บ้าน ได้แก่ เปตอง ตะกร้อ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 32 คน
- การตรวจวัดความดันโลหิตของประชาชนจากครัวเรือนตัวอย่าง จำนวน 30 คน

- การสร้างไลน์กลุ่มหมู่บ้านเพื่อรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการงดบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการให้คำแนะนำด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ: จัดให้มีที่ปรึกษาด้านสุขภาพโดย อสคร. อสม. เพื่อให้คำแนะนำเชิงลึกแก่กลุ่มเสี่ยงสูง และติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

3.1 การประเมินผลดำเนินการโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารเค็ม ระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือน ค่าความดันโลหิต และการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย พบว่า คะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง และความรู้การบริโภคอาหารเค็มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (p -value=0.001 และ 0.000 ตามลำดับ) ระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือนลดลง จากค่าเฉลี่ย 0.72 ± 0.48 mg/dL ก่อนดำเนินการ เหลือ 0.69 ± 0.24 mg/dL หลังดำเนินการ ลดลง 0.03 mg/dL ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.62$) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลง จาก 119.67 ± 12.31 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 113.03 ± 13.48 mmHg หลังดำเนินการ ($p<0.001$) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 78.50 ± 9.39 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 72.80 ± 10.19 mmHg หลังดำเนินการ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2) จำนวนผู้ออกกำลังกายแบบกลุ่มในหมู่บ้าน จำนวน 32 คน สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง แทนการออกกำลังกายแบบเดิม ซึ่งต้องเดินทางไปออกกำลังกายนอกหมู่บ้าน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ระดับโซเดียมในอาหาร และค่าความดันโลหิต

ตัวแปร	ก่อน (n=30)		หลัง (n=30)		Mean Difference	95%CI	t	df	p-value
	M	SD	M	SD					
ความรู้โรคความดันโลหิตสูง (เต็ม 19 คะแนน)	16.07	1.74	17.27	1.29	1.2	0.53, 1.87	3.67	29	0.001*
ความรู้การบริโภคอาหารเค็ม(เต็ม 15 คะแนน)	9.40	1.83	13.93	1.57	4.53	3.62, 5.45	10.15	29	0.000*
ระดับโซเดียมในอาหาร (mg/dL)	0.72	0.48	0.69	0.24	-0.03	-0.18, 0.11	-0.50	29	0.62
ค่าความดันซิสโตลิก (mmHg)	119.6	12.3	113.0	13.4	-6.63	-8.47, -4.79	-7.37	29	0.000*
ค่าความดันไดแอสโตลิก (mmHg)	78.50	9.39	72.80	10.1	-5.70	-7.53, -3.87	-6.37	29	0.000*

*statistically significant at the 0.05 level

3.2 การประเมินจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ พบว่า ในหมู่บ้าน A ผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองลดลงจาก 2 ราย ในปี 2565 เป็น 1 ราย ในปี 2566 (เสียชีวิต 1 ราย)

3.3 การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาและกิจกรรมที่ดำเนินการ พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.41$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.73$, $SD=0.44$) ด้านบริการ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ที่สุด ($\bar{X}=4.68$, $SD=0.44$) ด้านสิ่งสนับสนุนทางวิชาการ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.60$, $SD 0.59$)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการถอดบทเรียน โดยการสนทนากลุ่มกับแกนนำชุมชน พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวม ต่อกระบวนการพัฒนามากที่สุด กิจกรรมมีความน่าสนใจและสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ มีประโยชน์ต่อประชาชนในหมู่บ้านโดยตรงในเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้ ในการป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการบริโภคอาหารเค็ม รู้ความเสี่ยงค่าความดันโลหิตของตนเอง มีลานออกกำลังกายในหมู่บ้าน ซึ่งสามารถออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง และแกนนำชุมชนได้เสนอให้เทศบาลเมือง สนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย และพัฒนาสถานที่ในการออกกำลังกายเพิ่มเติมให้ได้มาตรฐาน มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องการไม่มีเครื่องวัดเกลือโซเดียมในอาหารของหมู่บ้าน ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง และมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานราชการสนับสนุนเครื่องวัดความเค็มในอาหารไว้ที่หมู่บ้าน เพื่อสุ่มตรวจวัด ความเค็มในอาหารของครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยสำรวจข้อมูลสุขภาพ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพของหมู่บ้าน โดยประชาชนเอง นำไปสู่การออกแบบและดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และความรู้การบริโภคอาหารเค็ม การตรวจวัดความเค็มในอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย การวัด ความดันโลหิต และส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแล และการรณรงค์คังคุดบุหรี่ยี่และแอลกอฮอล์ หลัง ดำเนินการพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ยจาก 16.07 ± 1.74 ก่อนดำเนินการ เป็น 17.27 ± 1.29 หลังดำเนินการ $p < 0.001$) และคะแนนความรู้ การบริโภคอาหารเค็มของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ยจาก 9.40 ± 1.83 ก่อนดำเนินการ เป็น 13.93 ± 1.57 หลังดำเนินการ, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.¹⁰ ที่พบว่า การให้ความรู้ ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มชุมชนเมืองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกิดจากการดำเนินกิจกรรมอบรมแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้กับชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของอุทัย สุดสุข และคณะ¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร วงศ์ตีบ¹² ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พ.ศ. 2558 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 78.26 เป็นร้อยละ 95.65 สอดคล้องกับการศึกษาของรักชนก จันทรเพ็ญ¹³ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทย์ พัฒนาโกรัตน์นา¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

คะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม พบว่า ระดับโซเดียมในอาหารของครัวเรือนลดลงจากค่าเฉลี่ย 0.72 ± 0.48 mg/dL ก่อนดำเนินการ เหลือ 0.69 ± 0.24 mg/dL หลังดำเนินการ ลดลง 0.03 mg/dL ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p = 0.62$) ถึงแม้ในการวิจัยจะมีการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริง เช่น การใช้เครื่องวัดความเค็มและการอบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเค็ม แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมเมืองที่มีภาวะเร่งรีบในการทำงาน ครัวเรือนตัวอย่างไม่ได้มีการปรุงอาหารเองทุกมื้อ³ ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านขายอาหารในหมู่บ้าน ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารบางครัวเรือนยังคงเดิม ซึ่งจากการสุ่มวัดระดับเกลือโซเดียมจากตัวอย่างอาหารในร้านขายอาหาร พบว่ามีปริมาณเกลือโซเดียมปานกลาง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ He et al.¹⁵ ที่ระบุว่า การให้ความรู้และการตรวจวัดความเค็มในอาหารสามารถลดการบริโภคโซเดียมในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการที่ครัวเรือนมีพฤติกรรมลดโซเดียมได้สำเร็จเกิดจากการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริง เช่น การใช้เครื่องวัดความเค็มและการอบรมเรื่องฉลากโภชนาการ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาของอัมพร วงศ์ดี¹² ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พ.ศ. 2558 พบว่า ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องระดับประจำ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.70 เป็นร้อยละ 52.17

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีผู้ออกกำลังกายแบบกลุ่มในหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง จำนวน 32 คน แทนการออกกำลังกายแบบเดิม ซึ่งต้องเดินทางไปออกกำลังกายนอกหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Foster et al.¹⁶ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชน ช่วยเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการจัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการออกกำลังกายมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร วงศ์ดี¹² ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พ.ศ. 2558 พบว่า ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกาย ระดับประจำเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.35 เป็นร้อยละ 26.09 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทย์ พัฒนโกครัตนา¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 119.67 ± 12.31 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 113.03 ± 13.48 mmHg หลังดำเนินการ ($p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลงจาก 78.50 ± 9.39 mmHg ก่อนดำเนินการ เป็น 72.80 ± 10.19 mmHg หลังดำเนินการ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Appel et al.¹⁷ ที่พบว่า การลดโซเดียมในอาหารร่วมกับการออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการลดความดันโลหิตเกิดจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ การบริโภคโซเดียมที่ลดลง การเพิ่มการออกกำลังกาย และการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย สุดสุข และคณะ¹¹ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของอัมพร วงศ์ดี¹² ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พ.ศ. 2558 พบว่า กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ระดับเสี่ยง เปลี่ยนเป็นระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 26.09 และคงเหลืออยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 73.91

ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่า มีความพึงพอใจต่อกระบวนการและผลลัพธ์ของโครงการ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.41$) โดยระบุว่ากิจกรรมมีความน่าสนใจ และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้ ความพึงพอใจสูงนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและความเป็นรูปธรรมของกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถใช้รูปแบบนี้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ
2. ระดับบุคคล ครั้วเรือนสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการลดโซเดียมและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง
3. ระดับนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขสามารถใช้ผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการรณรงค์ลดโซเดียมและส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนเมืองและชนบท
4. การลดการบริโภคเกลือโซเดียมในพื้นที่เขตเมือง นอกจากดำเนินการในระดับครัวเรือน ควรดำเนินการในร้านขายอาหารด้วย เนื่องจากประชาชนในเขตเมือง ส่วนใหญ่มักซื้ออาหารรับประทานมากกว่าการปรุงอาหารเองในครัวเรือน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการดำเนินการไปยังชุมชนอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในวงกว้าง
2. ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพื้นที่หมู่บ้าน A และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ทำให้อาจไม่สามารถสรุปผลไปยังชุมชนอื่นได้ทั้งหมด
2. ระยะเวลาการติดตามผลยังมีจำกัด จึงไม่สามารถสรุปผลในระยะยาวได้

References

1. World Health Organization. Hypertension: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [update 2025; cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Health Data Center of Ministry of Public Health. Non-communicable disease. HDC Dashboard [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [update 2025; cited 2024 May 5]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/> (in Thai)

3. Institute for Urban Disease Control and Prevention. Guidelines for control and prevention of COVID-19 in urban settings using community volunteers. Bangkok: He's;2022. (in Thai)
4. Punmung N, Yulertlob A, Laththi S. Campaign message issues of world hypertension day [Internet]. Bangkok: The Bureau of Non-communicable Disease; 2019 [update 2025; cited 2024 May 5]. Available from: https://www.thaincd.com/document/_62.pdf (in Thai)
5. Jeawkok J, Yammai S. Participatory action research for community development. Hatyai Journal 2015;14(1):79-95. (in Thai)
6. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Sitthisongkram S, Chaisrisawat S, Chaisrisawat S, et al. Use of Participatory Action Research (PAR) in preventing and solving problems caused by alcohol consumption in the community of Nong Toa Kammai village, Pa Phai sub-district, San Sai district, Chiang Mai province. Journal for community development and life quality 2014;2(3):313-24. (in Thai)
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press;1988.
8. Kongtaworn K. The effectiveness of empowerment promoting program to reduced risk group of Hypertension Disease [internet]. Chanthaburi: Pongnamron hospital; 2018 [updates 2024; cited 2022 June 2]. Available from: http://pongnamron.thaiddns.com:10838/doc/wichakan/Research/Research_2562HTPongnamron.pdf (in Thai)
9. Moonphet S. The survey of urinary sodium excretion and factors affected for eating salty food among hypertension Risk Group, Donkaew Community Hospital, Mae Rim district, Chiang Mai province [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2019 [update 2021; cited 2023 January 1]. Available from: https://explore.nrct.go.th/search_detail/result/8339 (in Thai)
10. Smith A, Johnson B, Lee C. Community-based interventions for cardiovascular health. J Public Health 2019;40(3):456-64.
11. Sudsukh U, Sathira-angkura T, Kladjomphong P, Jaigla B. Development of good health promotion model that integrated with buddhist ways for the prevention and control of NCDs. Journal of Health Science [Internet]. 2021 [cited 2022 June 2];30:438-450. Available from: <https://www.thaidj.org/JHS/article/download> (in Thai)
12. Wongtib U, Udomvong N, Narin R. Development of hypertension prevention program among people at risk by community participation. Nursing Journal CMU [Internet]. 2015 [cited 2022 July 2];42:12-24. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/53251/44218> (in Thai)
13. Junpen R. The effectiveness of the health promotion program for patients with hypertension in hypertension clinic Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life [Internet]. 2021 [cited

- 2022 July 2];1:20-30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/article/download> (in Thai)
14. Pattanaporkrattana W. Effectiveness of behavioral reformative program for stroke prevention among hypertensive patients in Koh Phangan Hospital, Suratthani. *Region 11 Medical Journal* 2015;29(1):145-53. (in Thai)
 15. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;9(9):CD004937.
 16. Foster C, Richards J, Thorogood M, Hillsdon M. Promoting physical activity in adults. *BMJ* 2020;368:m141.
 17. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat Hypertension. *J Hypertension* 2006;47(2):296-308.

การจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ

ศิริณา ราญมิชัย พย.บ.*

ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ปร.ด.** เสาวคนธ์ วีระศิริ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ การสนับสนุนและการจัดการที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย แต่ยังคงขาดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแล้ว จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึง กันยายน พ.ศ. 2567 โดยมีระยะเวลาตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 7 วัน ถึง 3 เดือน และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีบทบาทหลักในการจัดการดูแลครอบครัว จำนวน 36 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัว 3) แบบสอบถามการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุระหว่าง 48-92 ปี (เฉลี่ย 62.42 ± 10.6 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.8) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 69.4) เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (ischemic stroke) (ร้อยละ 75) มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.9) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 44.4) ภายหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 77.8) ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลคนเดียว (ร้อยละ 77.8) และไม่มีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยนอกจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 86.1) ครอบครัวมีปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวที่ดี มีกระบวนการจัดการครอบครัว ผลลัพธ์ระยะสั้น และด้านผลลัพธ์ระยะยาวที่ดี แต่ยังคงมีความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในระดับมากในด้านผู้ช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ และมีความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในระดับปานกลาง ในด้านผู้ช่วยเหลือในระหว่างการรักษาสุขภาพ ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับมาก มีอาการปวดและเหนื่อยล้าอ่อนเพลียในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นถึงความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นดังกล่าว ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการของครอบครัว การพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672084 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 27 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 3 พฤษภาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล ladpan@kku.ac.th

***รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

Management of family with stroke patients admitted at Selaphum hospital

Sirinapa Ranmechai B.N.S.*

Ladawan Panpanit Ph.D.** Saovakon Virasiri Ph.D.***

Abstract

Stroke is a significant and increasingly prevalent health problem that affects patients and families in all dimensions. Good family support and management are related to better patient outcomes, however, there is limited data on management of family having patients with stroke. This descriptive research aimed to examine management of family having patients with stroke admitted at Selaphum Hospital. Sample consisted of 36 families of stroke patients who were admitted to and discharged from Selaphum Hospital, Roi Et Province, between July and September 2024. The period from discharge to the date of data collection ranged from 7 days to 3 months. All participants resided within the area under the responsibility of the hospital. The informants were family members who played a key role in family management, were 18 years of age or older, and played a primary role in family care.

Data were collected using 1) a demographic data questionnaire for stroke patients; 2) a family demographic information record form; and 3) a stroke patient family management questionnaire. These instruments were developed by the researcher and verified by three experts, achieving a content validity index (CVI) of 0.96. The reliability test of the stroke patient family management questionnaire revealed Cronbach's alpha coefficient of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics.

The findings revealed that the stroke patients aged 48-92 years (average 62.42 ± 10.6 years). Majority were male (77.8%), were heads of the family (69.4%), were diagnosed with ischemic stroke (75%), had underlying diseases such as hypertension (63.9%) and diabetes mellitus (44.4%). Most patients (77.8%) were unable to return to work after experiencing a stroke. Additionally, 77.8% of the patients had only one family caregiver, and 86.1% reported receiving no assistance from individuals outside the family. Families of stroke patients had good facilitators in family managing for caring of stroke patients in the families, good family management process, good short-term outcomes and long-term outcomes. However, families also reported a high level of support needs related to assistance with transportation to health services and a moderate level of support needs concerning assistance during access to health services. Stroke patients within these families exhibited high levels of stress, along with moderate pain and fatigue, highlighting a need for targeted support for both patients and their families.

These findings provide essential information for healthcare personnel involved in providing quality care for stroke patients and their families.

keywords: family management; nursing; continuing care; patients; stroke

Ethical approval: HE672084, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 3 March 2025, Revised 27 April 2025, Accepted 3 May 2025

*A student of the master of nursing science program in family nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,

E-mail: ladpan@kku.ac.th

***Associate professor, An independent scholar

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการทางคลินิกของการทำงานของสมองผิดปกติที่เกิดขึ้นเฉพาที่ (หรือทั้งหมด) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนอื่นใด นอกเหนือจากสาเหตุของหลอดเลือด¹ ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก การเกิดโรคและผลกระทบจากโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2564 มีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ ความชุก การเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life-years lost-DALYs) ถึงร้อยละ 70, 86, 44, และ 32 ตามลำดับ² ประชากรโลกที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 93.8 ล้านคนในปี 2564² เป็นมากกว่า 101 ล้านคนในปี 2565³ โดยในปี พ.ศ.2565 มีผู้เสียชีวิต 6.55 ล้านคน และมีการสูญเสียปีสุขภาวะ 143 ล้านปี เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เสียชีวิตและมีความพิการ³ สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ โดยในปี พ.ศ. 2552-2564 อุบัติการณ์รวมของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก 172.33 ต่อแสนประชากร เป็น 303.03 ต่อแสนประชากร อุบัติการณ์โรคชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เพิ่มจาก 90.37 เป็น 203.66 ต่อแสนประชากร และอุบัติการณ์ชนิดเลือดออกในสมอง (non-traumatic intracerebral hemorrhage) เพิ่มจาก 55.77 เป็น 87.63 ต่อแสนประชากร แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคจะลดลงจาก ร้อยละ 14.77 เป็นร้อยละ 10.24⁴ แต่ยังเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และแสดงถึงผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับโรคที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2565⁵ จากสถิติโรงพยาบาลเสลภูมิ ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 173 ราย เป็น 186 ราย⁶

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต⁷ ด้านร่างกาย บั่นทอนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁷ มีอาการปวดและอ่อนเพลียเรื้อรัง⁸ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความบกพร่องทางสติปัญญา⁹ ด้านสังคมเศรษฐกิจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง¹⁰ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดภาระทางการเงิน อันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลและการสูญเสียรายได้¹¹ รวมถึงภาระในการดูแลสำหรับครอบครัว และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ⁸ มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น¹² ด้านจิตวิญญาณ การสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าตนเอง¹⁰ กระทั่งต่อแหล่งพลังใจและกลไกการรับมือกับความท้าทายหลังภาวะเจ็บป่วย^{10,13} ซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย มีการแสวงหาแหล่งสนับสนุน และพยายามจัดการภาระต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข¹⁴ การจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีในหลายด้าน เช่น การควบคุมอาการของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และคุณภาพชีวิต¹⁵⁻¹⁶

การจัดการครอบครัวมีทฤษฎีที่อธิบายแนวคิดไว้คล้ายคลึงกัน เช่น ทฤษฎีการจัดการตนเองของแต่ละบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management theory (IFSMT)) พัฒนาโดยไรอัน และชวีน¹⁷ และแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวฉบับปรับปรุงของเกรย์ และคณะ¹⁸ IFSMT¹⁷ อธิบายการจัดการตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวใช้เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประกอบด้วย 4 มิติหลัก คือ 1) บริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น และ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว การจัดการตนเองเป็นปรากฏการณ์ที่มีมิติหลากหลายและซับซ้อนสามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลและครอบครัวตลอดทุกระยะของพัฒนาการ เพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและ

การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวฉบับปรับปรุงของเกรย์ และคณะ¹⁸ ได้อธิบายองค์ประกอบสำคัญ 4 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยเอื้ออำนาจและอุปสรรค 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น และ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีจำกัด การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเกรย์ และคณะ¹⁸ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการปรับปรุงล่าสุด ในปี 2015 และให้ความสำคัญกับการระบุปัจจัยเอื้อและอุปสรรคที่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการออกแบบ เพื่อส่งเสริมการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้เข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องและแนวทางการจัดการครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

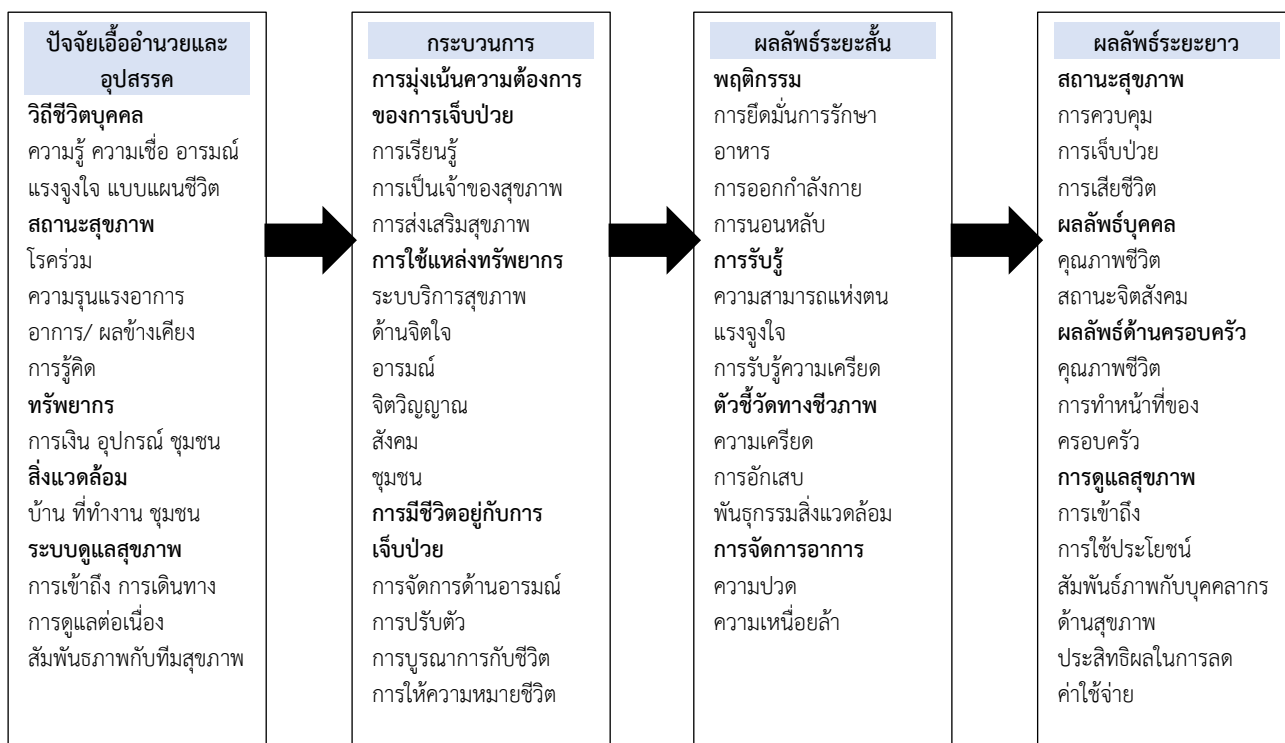
เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบต่อเนื่องตามคุณสมบัติ (consecutive sampling) จำนวน 36 ครอบครัว ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวฉบับปรับปรุง (a revised self-and family management framework) ของเกรย์ และคณะ¹⁸ ซึ่งอธิบายกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ปัจจัยเอื้ออำนาจและอุปสรรค ได้แก่ วิถีชีวิตบุคคล สถานะสุขภาพ ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม ระบบดูแลสุขภาพ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การมุ่งเน้นความต้องการของการเจ็บป่วย การใช้แหล่งทรัพยากร การมีชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วย 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น ประกอบด้วย พฤติกรรม การรับรู้ ตัวชีวัดทางชีวภาพ การจัดการอาการ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว ประกอบด้วย สถานะสุขภาพ ผลลัพธ์บุคคล ผลลัพธ์ด้านครอบครัว การดูแลสุขภาพ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (ตั้งแต่ต้นปี 2567 ยื่นจริยธรรมวิจัยวันที่ 2 เมษายน 2567 จำนวน 51 ครอบครัว)

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษแล้วจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลเสลภูมิ แล้วจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเสลภูมิ และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างดำเนินการศึกษา สุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามคุณสมบัติ (consecutive sampling: เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาที่ละคนติดต่อกันจนได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ)¹⁹ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลเสลภูมิ ผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเสลภูมิ ระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน นับจากวันที่จำหน่ายจนถึงวันที่ดำเนินการศึกษา และผู้ป่วยดังกล่าวอาศัยอยู่กับครอบครัวในเขตอำเภอเสลภูมิหลังจำหน่าย 2) เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการครอบครัว 3) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 5) ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยิน 6) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) โดยคัดเข้าศึกษาเมื่อตอบว่า “ไม่มี” ทั้งสองข้อ หากตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยทำการประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²⁰ โดยคัดเข้าศึกษา เมื่อมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน 7) มีการรู้คิดปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย²¹ โดยคัดเข้าศึกษาเมื่อมีคะแนนรวมน้อยกว่า 8 คะแนน และ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

1) ครอบครัวยุ่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกำลังประสบกับภาวะวิกฤตอื่น เช่น ภาวะสูญเสีย ภาวะเจ็บป่วย ร้ายแรง หรือมีการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรในกรณี ที่ทราบกลุ่มประชากร²² ใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาที่ผ่านมาในการกำหนดระดับความคลาดเคลื่อน ในการประมาณค่า ร้อยละ 20 ของค่าเฉลี่ยคะแนน 0.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 ($e=0.2 \times 0.66 = 0.132$)²³ โดย n =ขนาดตัวอย่าง N =ขนาดประชากร และโดยใช้ข้อมูลสถิติประชากรครอบครัวยุ่ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสลภูมิ ปี 2565 ที่มีจำนวน 209 ครอบครัว ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2} \quad n = \frac{209(1.96)^2 (0.37)^2}{(0.132)^2(209-1) + (1.96)^2 (0.37)^2}$$

$n = 26.49$ ครอบครัว

จากการคำนวณตามสูตรข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ครอบครัว ผู้วิจัยคาดว่าอาจมี กลุ่มตัวอย่างสูญหาย ระหว่างดำเนินการวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 25 ตามสูตร การวิเคราะห์ปรับขนาดต่อกลุ่ม²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ จำนวน 36 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ บทบาทในครอบครัว อาชีพก่อนเจ็บป่วย ความสามารถในการทำงาน ระยะเวลาที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัย การดูแลพิเศษอื่น ๆ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวอื่น ๆ และระดับความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว แหล่งของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแล ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงที่ดูแล ผู้ช่วยเหลือ ในการดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นตามแนวคิด จัดการตนเองและครอบครัวฉบับปรับปรุง ของเกรย์ และคณะ¹⁸ แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง เลย และคะแนน 3 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก คะแนนสูงหมายถึงการจัดการครอบครัวในระดับดี ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยเอื้ออำนวยและ อุปสรรค ข้อที่ 1-30 จำนวน 30 ข้อ 2) กระบวนการ ข้อที่ 31-43 จำนวน 13 ข้อ 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น ข้อที่ 44-59 จำนวน 16 ข้อ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว ข้อที่ 60-69 จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 69 ข้อ ผู้วิจัยนำเสนอผล แต่ละข้อเป็นระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ของเบสต์²⁴ คำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นได้ เท่ากับ 1 จึงกำหนดการจัดการครอบครัว ระดับต่ำ ปานกลาง มาก เป็นคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00, 1.01-2.00, 2.01-3.00 คะแนนตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย ทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.96 การทดลองใช้แบบสอบถามการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครอบครัว และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 28 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE672084 วันที่ 20 พฤษภาคม 2567) ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และ แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 48-92 ปี (เฉลี่ย 62.42 ± 10.6 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.8) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 69.4) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 86.1) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.9) ภายหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 77.8) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (ischemic stroke) (ร้อยละ 75) มีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.9) และ เบาหวาน (ร้อยละ 44.4) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living index: Barthel ADL index) แกรับ 0-20 (เฉลี่ย 11.22 ± 6.34) และ ADL ณ วันสัมภาษณ์ 0-20 (เฉลี่ย 14.03 ± 7.25) การเปลี่ยนแปลงของ ADL จากวันจำหน่ายถึงวันสัมภาษณ์เป็น -18 ถึง 11 (เฉลี่ย 2.81 ± 5.82) โดยผู้ที่สามารถทำงานได้ภายหลังการเจ็บป่วย มีเพียง 8 คน (ร้อยละ 22.2)

2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมาชิกในครอบครัว 1-7 คน (เฉลี่ย 3 ± 1.402) รายได้เฉลี่ย 11,083.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน (ร้อยละ 27.8) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 52.8) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 55.6) มีผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน (ร้อยละ 77.8) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 63.9) ผู้ดูแลหลักอายุ 23-67 ปี (เฉลี่ย 52.42 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.9) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.7) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.6) สุขภาวะโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.2) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 27.8) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอื่น ๆ (ร้อยละ 11.1, 8.3, 2.8 และ 5.6 ตามลำดับ) ไม่มีผู้อื่นช่วยดูแลผู้ป่วยนอกจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 86.1)

3. การจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ปัจจัยเอื้ออำนวยและอุปสรรค

3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล/วิถีชีวิต ครอบครัวมีปัจจัยส่วนบุคคล/วิถีชีวิตที่เอื้ออำนวยการจัดการครอบครัวในระดับมากหลายประการ เช่น รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระกิจสำคัญ มีแรงจูงใจในการดูแล แต่มีรูปแบบชีวิตครอบครัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

3.1.2 สถานะสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว การเจ็บป่วยรุนแรง มีความบกพร่องด้านการคิดและความเข้าใจ ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

3.1.3 ทรัพยากร ครอบครัวมีสถานะทางการเงินเพียงพอ มีอุปกรณ์เพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

3.1.4 สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ที่ทำงานของสมาชิกครอบครัว และชุมชนช่วยสนับสนุนการจัดการดูแลในระดับมาก ปานกลางและปานกลาง ตามลำดับ ในขณะที่สิ่งแวดล้อมดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการจัดการดูแลในระดับปานกลาง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1)

3.1.5 ระบบการดูแลสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพเอื้ออำนวยการจัดการครอบครัวในระดับมากหลายประการ เช่น ใช้บริการระบบการดูแลสุขภาพได้ตลอดเวลา ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เข้ารับบริการ อย่างไรก็ตามครอบครัวยังมีความต้องการผู้ช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพและระหว่างการรักษาเข้ารับบริการสุขภาพในระดับมากและปานกลาง ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเอื้ออำนวยและอุปสรรคในการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=36)

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
1. ปัจจัยเอื้ออำนวยและอุปสรรค		
1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล/วิถีชีวิตประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ อารมณ์ แรงจูงใจ และรูปแบบชีวิต		
4. ครอบครัวท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระกิจสำคัญอย่างหนึ่ง	มาก	2.78 $\pm$.422
3. ครอบครัวท่านมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย	มาก	2.69 $\pm$.525
2. ครอบครัวท่านเชื่อว่าการดูแลฟื้นฟูที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นจนเป็นปกติได้	มาก	2.67 $\pm$.535
1. ครอบครัวท่านมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย	มาก	2.25 $\pm$.500
5. ครอบครัวท่านมีรูปแบบชีวิตครอบครัวที่เกื้อหนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีสมาชิกที่อยู่ บ้าน/ทำงานที่บ้านซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยได้	มาก	2.19 $\pm$.856
6. ครอบครัวท่านมีรูปแบบชีวิตครอบครัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย	ปานกลาง	1.19 $\pm$.951
1.2 สถานะสุขภาพ ประกอบด้วย โรคร่วม ความรุนแรงของโรคร่วม อาการ/ผลข้างเคียงและการรู้คิด		
7. ท่านและสมาชิกครอบครัวท่านคนอื่น ๆ มีโรคประจำตัว	ต่ำ	0.97 $\pm$ 1.000
10. ท่านและสมาชิกครอบครัวท่านคนอื่น ๆ มีผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว	ต่ำ	0.56 $\pm$.652
8. ท่านและสมาชิกครอบครัวท่านคนอื่น ๆ มีความรุนแรงของโรคประจำตัว	ต่ำ	0.53 $\pm$.654
9. ท่านและสมาชิกครอบครัวท่านคนอื่น ๆ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	ต่ำ	0.47 $\pm$.654
11. ท่านและสมาชิกครอบครัวท่านคนอื่น ๆ มีความบกพร่องด้านการคิดและความเข้าใจ	ต่ำ	0.44 $\pm$.652
1.3 ทรัพยากร ประกอบด้วย การเงิน อุปกรณ์ และชุมชน		
13. ครอบครัวท่านมีสถานะทางการเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ในครอบครัวของท่าน	ปานกลาง	1.92 $\pm$.806
12. ครอบครัวท่านมีสถานะทางการเงินเพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิต	ปานกลาง	1.86 $\pm$.762

ตารางที่ 1 ปัจจัยเอื้ออำนวยและอุปสรรคในการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=36) (ต่อ)

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
14. ครอบครัวท่านมีอุปกรณ์เพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของท่าน	ปานกลาง	1.86 $\pm$.798
15. ครอบครัวท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากชุมชน	ปานกลาง	1.83 $\pm$.845
1.4 สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย บ้าน งาน และชุมชน		
16. สิ่งแวดล้อมที่บ้านช่วยเอื้อในการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	มาก	2.31 $\pm$.749
18. สิ่งแวดล้อมจากที่ทำงานของสมาชิกครอบครัวท่านช่วยสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	ปานกลาง	1.89 $\pm$.622
20. ชุมชนของท่านช่วยสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	ปานกลาง	1.44 $\pm$.773
17. สิ่งแวดล้อมที่บ้านเป็นอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	ปานกลาง	1.17 $\pm$.971
19. สิ่งแวดล้อมจากที่ทำงานของสมาชิกครอบครัวท่านเป็นอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	ปานกลาง	1.06 $\pm$.826
21. ชุมชนของท่านเป็นอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวท่าน	ต่ำ	0.64 $\pm$.639
1.5 ระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึง การนำทาง ความต่อเนื่องในการดูแล และความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ		
25. ครอบครัวท่านใช้บริการระบบการดูแลสุขภาพได้ตลอดเวลา	มาก	2.61 $\pm$.549
29. ครอบครัวท่านได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	มาก	2.61 $\pm$.494
30. ครอบครัวท่านมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เข้ารับบริการ	มาก	2.61 $\pm$.494
22. ครอบครัวท่านเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ง่าย	มาก	2.53 $\pm$.506
28. ครอบครัวท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพคน/ทีมเดียวกัน	มาก	2.39 $\pm$.645
24. ครอบครัวท่านสะดวกในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ	มาก	2.33 $\pm$.717
23. ครอบครัวท่านอยู่ใกล้สถานบริการสุขภาพ	มาก	2.22 $\pm$.681
26. ครอบครัวท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ	มาก	2.06 $\pm$.893
27. ครอบครัวท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพ	ปานกลาง	1.89 $\pm$.887

3.2 กระบวนการ

3.2.1 การมุ่งเน้นความต้องการของการเจ็บป่วย ครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ป่วย มีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล มีหลายคนร่วมให้การดูแลในระดับมาก (ตารางที่ 2)

3.2.2 การใช้ทรัพยากร ครอบครัวมีการสื่อสารและประสานการดูแลกับฝ่ายหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังแสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ตลอดจนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา/จิตวิญญาณในระดับมาก แต่แสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

3.2.3 การมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบครัวมีวิธีช่วยสร้างความหมายของชีวิตได้ มีวิธีและปฏิบัติการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวที่ดี สามารถผสมผสานการเจ็บป่วยของสมาชิกเข้ากับแบบแผนการดำรงชีวิตของครอบครัวและมีการส่งเสริมภาวะอารมณ์ที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กระบวนการในการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับ	ค่าเฉลี่ย+SD
2.กระบวนการ		
2.1 การมุ่งเน้นความต้องการของการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การเรียนรู้ การเป็นเจ้าของสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ		
33. ครอบครัวท่านมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่สมาชิกที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	มาก	2.47±0.654
31. ครอบครัวท่านมีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยๆ ในครอบครัว	มาก	2.42±0.554
32. การดูแลผู้ป่วยๆในครอบครัวท่านมีหลายคนร่วมให้การดูแล	มาก	2.14±0.867
2.2 การใช้ทรัพยากร		
34. ครอบครัวท่านมีการสื่อสารและประสานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยๆในครอบครัวกับฝ่ายหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง	มาก	2.42±0.554
35. ครอบครัวท่านมีการแสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยๆในครอบครัว	มาก	2.28±0.659
36. ครอบครัวท่านมีการแสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลด้านสังคมสำหรับผู้ป่วยๆในครอบครัว	มาก	2.25±0.649
37. ครอบครัวท่านมีการแสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยๆในครอบครัว	มาก	2.19±0.749
38. ครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านศาสนา/จิตวิญญาณเพื่อการดูแลสมาชิกที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	มาก	2.03±0.736
39. ครอบครัวท่านมีการแสวงหา/ใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยๆในครอบครัว	ปานกลาง	1.81±0.749
2.3 การมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย		
43. ครอบครัวท่านมีวิธีช่วยสร้างความหมายของชีวิตได้เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วย	มาก	2.50±0.655
41. ครอบครัวท่านมีวิธีและปฏิบัติการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี	มาก	2.42±0.554
42. ครอบครัวท่านสามารถผสมผสานการเจ็บป่วยของสมาชิกเข้ากับแบบแผนการดำรงชีวิตของครอบครัว	มาก	2.39±0.688
40. ครอบครัวท่านมีการส่งเสริมภาวะอารมณ์ที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว	มาก	2.17±0.609

3.3 ผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว

ด้านผลลัพธ์ระยะสั้น ครอบครัวมีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการทุกด้านในระดับมาก เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ การจัดการความเครียด หลังให้การดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีและมีแรงจูงใจที่ดีในระดับมาก ขณะที่มีความเครียดในระดับมากเช่นเดียวกัน หลังจากได้รับการดูแลผู้ป่วยยังมีอาการปวดและเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง โดยมีอาการอื่นๆ ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3) ส่วนด้านผลลัพธ์ระยะยาว ครอบครัวระบุว่าผลลัพธ์ระยะยาวในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ส่วนบุคคล ผลลัพธ์ของครอบครัว และการดูแลสุขภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ระยะสั้นของการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับ	ค่าเฉลี่ย±SD
3.1 พฤติกรรมหลังจากให้การดูแล		
53. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.72+0.454
46. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษาด้านการออกกำลังกายสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.67+0.535
49. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.58+0.500
48. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการจัดการความเครียด สำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.56+0.558
52. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการพิทักษ์สิทธิตนเอง สำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.56+0.607
50. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.56+0.607
51. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากโรคสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.50±0.655
47. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการนอนหลับและการพักผ่อนสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.50±0.561
53. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษา/จัดการด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.50±0.655
44. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษาด้านรับประทานอาหารเช้าสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.42±0.554
45. ครอบครัวท่านปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเรื่องยาสำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ	มาก	2.14±0.867
3.2 ความรู้ความเข้าใจหลังจากให้การดูแล		
54. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดี	มาก	2.47±0.560
55. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านมีแรงจูงใจที่ดี	มาก	2.42±0.692
56. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านมีความเครียด	มาก	2.08±0.806
3.3 ตัวชี้วัดทางชีวภาพหลังจากให้การดูแล		
58. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านมีอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย	ปานกลาง	1.64±0.683
57. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวของท่านมีอาการปวด	ปานกลาง	1.42±0.937
59. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น...ระบุ)	ต่ำ	0.86±1.150
4.1 ภาวะสุขภาพ		
60. ครอบครัวท่านสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านได้ดี	มาก	2.47±0.609
61. ครอบครัวท่านสามารถควบคุมโรคร่วมอื่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวท่านได้ดี	มาก	2.33±0.535
4.2 ผลลัพธ์ส่วนบุคคล		
62. ผู้ป่วยฯในครอบครัวท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี		

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ระยะสั้นของการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับ	ค่าเฉลี่ย±SD
63. ผู้ป่วยในครอบครัวท่านมีภาวะด้านจิตอารมณ์และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ดี		
4.3 ผลลัพธ์ของครอบครัว		
65. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี	มาก	2.44±0.652
64. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี	มาก	2.28±0.615
4.4 การดูแลสุขภาพ		
67. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวท่านสามารถใช้สิทธิ์ประโยชน์ด้านการบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้	มาก	2.61±0.494
66. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวท่านสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้	มาก	2.58±0.500
68. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพที่ให้ การดูแล	มาก	2.53±0.506
69. ท่าน/สมาชิกในครอบครัวท่านสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยฯ ได้	มาก	2.19±0.786

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายและสูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 62.42 ปี (SD=10.6) พร้อมด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยที่รายงานว่าปัจจัยเหล่านี้ เป็นตัวกระตุ้นสำคัญให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง²⁵ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 69.4) และภายหลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 77.8) ส่งผลกระทบในมิติทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และเกิดความไม่มั่นคงทางการเงิน²⁵ ในด้านการดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระหนักเนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักคนเดียวและขาดบุคคลภายนอกมาช่วยเหลือ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดและภาวะเหนื่อยล้าสูง²⁶

ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล/วิถีชีวิตและครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลและวิถีชีวิตหลายประการที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการครอบครัวในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory)²⁷ โดยผู้ที่ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเป็นภารกิจสำคัญ มีความรู้ในการดูแล และเห็นว่าการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น อาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยได้ดีในอดีต หรือการเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลที่ตนเองหรือผู้อื่นเคยทำ และการที่ผู้ดูแลมองเห็นความสำคัญของการดูแลและมีความหวังในการฟื้นตัวของผู้ป่วย อาจส่งผลให้มีสภาวะทางอารมณ์ที่เป็นบวก ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลระบุว่ามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนผู้ดูแลในฐานะผู้มีความรู้มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มต้นตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การวางแผนระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับผู้ดูแล และการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมทั้งทางด้านทักษะและทรัพยากร รวมถึงมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล²⁸

ในส่วนของรูปแบบชีวิตครอบครัว พบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีรูปแบบชีวิตครอบครัวที่เกื้อหนุนในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก แต่ยังคงพบว่ามีรูปแบบชีวิตครอบครัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า แม้จะมีสมาชิกในครอบครัวที่ให้การสนับสนุน แต่ก็อาจมีปัจจัยบางอย่างที่เป็นอุปสรรค ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ลดลงจากอุปสรรค

สื่อสารความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป และเกิดผลกระทบทางการเงิน²⁹ ควรมีการศึกษาในเชิงลึก เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคที่แท้จริงของบริบทที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัว มีสถานะสุขภาพที่ไม่ดีในระดับต่ำ ทั้งในด้านการมีโรคประจำตัว ผลข้างเคียงของโรค ความรุนแรงของโรค อาการเจ็บป่วยรุนแรง และความบกพร่องด้านการคิดและความเข้าใจนั้น แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์เอื้อต่อการจัดการครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัว มีการเจ็บป่วยในระดับต่ำนั้นยังคงทำให้พวกเขามีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพดี มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการดูแลนั้นน้อยลง แต่ผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพมักประสบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล³⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลคนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 77.8) ซึ่งแสดงถึงภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลัก จึงมีโอกาสมิปัญหาสุขภาพตามมามากขึ้นเนื่องจากความเครียดและภาระในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความเครียดสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยประสพภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ มีความพิการทางระบบประสาท ในระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือมีการฟื้นตัวที่ล่าช้า³¹ ซึ่งทฤษฎีระบบครอบครัวชี้ให้เห็นว่า ความเครียดทางอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในระบบครอบครัว ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการจัดการดูแล³²

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรโดยเฉพาะด้านการเงินสำหรับการดูแลและการดำเนินชีวิต รวมทั้งอุปกรณ์ในการจัดการดูแลยังอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้ง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแม้ครอบครัวจะระบุว่า สิ่งแวดล้อมที่บ้านช่วยสนับสนุนการจัดการดูแลในระดับมาก รวมทั้งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนในระดับปานกลาง แต่ก็ยังให้ข้อมูลด้านอุปสรรคว่ามีรูปแบบชีวิตครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงานของสมาชิกครอบครัว เป็นอุปสรรคในการจัดการดูแลในระดับปานกลาง แสดงถึงความต้องการการสนับสนุนด้านทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาและให้ข้อเสนอแนะในการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล³³ นอกจากนี้ ในด้านความต้องการยังพบว่า ครอบครัวยังมีความต้องการผู้ช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพในระดับมาก และต้องการผู้ช่วยเหลือในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับปานกลาง สะท้อนภาพในการที่ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่มีคนเดียวต้องนำผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติมายังสถานบริการและในขณะที่รอรับบริการอาจมีความต้องการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วย (เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย) ในภาวะสถานการณ์ทางการเงินที่ขัดสน การช่วยเหลือการเดินทางไปรับบริการสุขภาพและระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญ การลดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล โดยการใช้ระบบการดูแลที่บ้าน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและดูแล จึงอาจสามารถลดภาระของครอบครัวในด้านนี้ได้^{14,34}

ผลการวิจัยการจัดการครอบครัวในมิติกระบวนการพบว่า ครอบครัวมีการมุ่งเน้นความต้องการของการเจ็บป่วย การใช้ทรัพยากร และการมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยทุกประเด็นในระดับมาก ผลการวิจัยที่พบว่า ครอบครัวมีการมุ่งเน้นความต้องการของการเจ็บป่วยในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับการตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่กล่าวว่า ช่วงสำคัญในเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรอดชีวิตชีวิตในความไม่แน่นอนและวิกฤตที่บ้าน แต่ละช่วงเวลาล้วนมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้ครอบครัวต้องมุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง³⁵ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกรอบการบริหารจัดการครอบครัว (family management style framework) ในประเด็นการปรับตัวของครอบครัวและพฤติกรรมจัดการ เมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวจะปรับตัวและตอบสนองต่อความต้องการ

ที่เกิดขึ้นเพื่ออรรถาธิบายของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ครอบครัวจะให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก³⁶

การที่ครอบครัวมีการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อม การสูญเสียรายได้จากการขาดงานและการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน³⁷ ครอบครัวจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรที่มีทั้งด้านเศรษฐกิจ บุคคล และเวลาในการจัดการดูแล มีการศึกษาพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งรวมถึงการประเมินและจัดสรรเวลา ความรู้ และสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวอาจต้องมีการจัดการด้านต่าง ๆ เช่น ปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง เพื่อเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน³⁸ จัดการด้านการเงิน จัดการด้านสังคม³⁹ โดยครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อการรักษาต่อเนื่อง⁴⁰

ผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวมีการจัดการกับการมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวต้องปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากโรค ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความพิการเหลืออยู่ ส่งผลให้ครอบครัวต้องปรับวิถีชีวิตและบูรณาการการดูแลเข้ากับกิจวัตรประจำวัน⁴⁰ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การแสวงหาและใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ผลการศึกษานี้ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงหรือความไม่เพียงพอของแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะสนับสนุนการดูแล นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้หรือขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ ความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาภายหลังการเกิดโรค บริการด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและมักพึ่งพาทรัพยากรภายในครอบครัวมากกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในระยะยาว⁴¹ พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการดูแลที่จำเป็น⁴²

ผลการศึกษาในมิติผลลัพธ์ระยะสั้น พบว่า หลังให้การดูแลครอบครัวมีพฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจ ตัวชี้วัดทางชีวภาพในระดับมาก ยกเว้นปัญหาด้านจิตใจและร่างกายบางประการ ได้แก่ ผู้ป่วยยังมีการปวดและเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง มีความเครียดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการปวดเรื้อรัง การบกพร่องของระบบรับรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทางสัมผัส ทำให้มีอาการปวดรุนแรงขึ้นได้⁴³ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดระดับสูงซึ่งส่งผลเสียต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต⁴⁴ ผลการศึกษานี้ สะท้อนถึงความสำคัญในการช่วยเหลือครอบครัวให้มีความตระหนักรวมทั้งจัดการความเครียดและการไม่สุขสบายทางร่างกายโดยเฉพาะอาการปวดและเหนื่อยล้าในผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ควรมีระบบสนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงเครือข่ายความช่วยเหลือทั้งในระดับชุมชนและสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในครอบครัว ส่วนในมิติผลลัพธ์ระยะยาว พบว่าครอบครัวมีผลลัพธ์ระยะยาวในระดับมากทุกด้าน แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ครอบครัวมักเผชิญกับทุกข์ภาระในการจัดการระยะยาว เนื่องจากการบริการสนับสนุนและข้อมูลไม่เพียงพอหลังจากออกจากโรงพยาบาล⁴⁵

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำวิจัยในจำนวนและการกระจายกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ศึกษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับบริบทอื่นที่แตกต่างได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การตอบแบบสอบถาม จึงเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างอาจตอบคำถามตามความคาดหวัง ค่านิยม หรือความเชื่อทางสังคม เกิดอคติทางสังคม (social desirability bias) แม้ว่าผู้วิจัยได้ดำเนินการป้องกันข้อจำกัดเหล่านี้ โดยการเน้นย้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้มีการพัฒนางานการดูแลในด้านนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการพัฒนากระบวนการเพื่อส่งเสริมการจัดการครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งจากบุคลากรสุขภาพและชุมชน มีการช่วยเหลือในการเดินทางและในระหว่างการรักษาบริการสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อให้ครอบครัวที่เข้าถึงยากได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งช่วยเหลือในการจัดการอาการ เช่น อาการปวดและเหนื่อยล้า

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาการจัดการครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก รวมทั้งติดตามระยะยาวเพื่อให้ได้ข้อมูลในการสนับสนุนการดูแลระยะยาว

References

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2013;44(7):2064-89.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke* 2025;20(2):132-44.
3. World Stroke Organization. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [internet]. 2023 [cited 2025 Feb 3rd]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf (in Thai)
4. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021 Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 Jan. 16 [cited 2025 Jun. 7];10(E):110-5. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8051>
5. Tiamkao S. Incidence of stroke in Thailand. *Thai journal of neurology* 2022;39(2):39-46. (in Thai)
6. Selaphum Hospital. Stroke patient statistics, 2021-2023. Roi Et: Selaphum Hospital; 2023. (in Thai)
7. Muralidharan P, Babu B, Chitra G, Sreejith K, Gafoor SA. Quality of life in stroke survivors in Central Kerala. *JMSCR* 2019;7(6): 986-95.
8. Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Illyas S, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurol* 2016;16(1):250.

9. Makganye TM. The experiences of patients and caregivers following a stroke: MSW Mini [Dissertation]. University of Pretoria: South Africa;2015.
10. Lou S, Kathrine C, Rumpelthiin JC, and Nielsen CP. Stroke patients' and informal carers' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews. *Disabil Rehabil* 2017;39(3):301-13.
11. Tiwari S, Joshi A, Rai N, Satpathy P. Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: a qualitative study from India. *J Neurosci Rural Pract* 2021;12(4):680-8.
12. Kalavina R, Chisati E, Mlenzana N, Wazakili M. The challenges and experiences of stroke patients and their spouses in Blantyre, Malawi. *Malawi Med J* 2019;31(2):112-7.
13. Shaik MA, Choo PY, Tan-Ho G, Lee JC-K, Ho AHY. Recovery needs and psychosocial rehabilitation trajectory of stroke survivors (PReTS): A qualitative systematic review of systematic reviews. *Clin Rehabil* 2024;38(2):263-84.
14. Panpanit L, Jongudomkarn D, Doungmungkorn A, Boontoch K. Neelasmith S, Manorat M, et al. Implementing a care model for bedridden stroke survivors: A qualitative study in Northeastern Thailand. *Patient Prefer Adherence* 2025;19:345-58.
15. Sutthisompohn S, Kusol K. Caregivers of children with chronic illnesses: A systematic review on family management. *SCNJ* 2022;9(1):81-93. (in Thai)
16. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2017 Jun;11(2):150-157.
17. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009;57(4):217-25.
18. Grey M, Schulman-Green D, Knafl K, Reynolds NR. A revised self- and family management framework. *Nurs Outlook* 2015;63(2):162-70.
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams;2017.
20. Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. Depression and suicidal assessment form (including 2Q, 9Q and 8Q) [internet]. 2016[updated 2016; cited 2025 Feb 3rd]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22> (in Thai)
21. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6 Item cognitive function test-thai version: Psychometric property testing. *Rama Nurs J* 2020;26(2):188-202. (in Thai)
22. Chanaboon S. *Statistics for basic research*. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office;2021. (in Thai)
23. Chuaoupathum R. *Nursing care need of caregivers for stroke patients at home [dissertation]*. Nakhon Pathom: Christian University;2010. (in Thai)
24. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall;1977.

25. Department of Disease Control. Report on the situation of stroke in Thailand. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health;2020. (in Thai)
26. Caro CC, Costa JD, Da Cruz DMC. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occup Ther Health Care* 2018;32(2):154–71.
27. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
28. Paksee N, Srivisai T, Khunkaew S. Preparation of family caregivers of patient with stroke on transitional care from hospital to home. *BCNUT J Nurs* 2021;13(1):47-61.
29. Gawulayo S, Erasmus CJ, Rhoda AJ. Family functioning and stroke: family members' perspectives. *Afr J Disabil* 2021;10:801.
30. Poovatanaruk N, Nakawiro P. Prevalence and associated factors of caregiver burden among stroke patients. *JPMAT* [internet]. 2020 May 12 [cited 2025 Jun. 7];10(1):1-11. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/242188>
31. Kumar A, Yadav AK, Singh VK, Pathak A, Chaurasia RN, Mishra VN, et al. Caregiver burden in caregivers of stroke survivors: a hospital-based study. *Ann Indian Acad Neurol* 2022;25(6):1092-8.
32. Bowen M. Family therapy in clinical practice. Northvale, NJ: Jason Aronson;1993.
33. Panpanit L, Jongudomkarn D, Duangmungkorn A, Boontos K, Neelasmith S, Manorat M, et al. Development of an expanded KKU Family Nursing Model for enhancing family caregivers' abilities to care for homebound and bedridden patients from hospital to community: a qualitative study. *J Nurs Sci Health* 2025;48(1):155-73. (in Thai)
34. Naqvi IA, Strobino K, Cheung YK, Li H, Schmitt K, Ferrara S, et al. Telehealth after stroke care pilot randomized trial of home blood pressure telemonitoring in an underserved setting. *Stroke* 2022;53(12):3538–47.
35. Lin S, Wang C, Wang Q, Xie S, Tu Q, Zhang H, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2022;130:104213.
36. Knafl KA, Deatrick JA. Further refinement of the family management style framework. *J Fam Nurs* 2003;9(3):232-56.
37. Rochmah TN, Rahmawati IT, Dahlui M, Budiarto W, Bilqis N. Economic burden of stroke disease: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(14):7552.
38. Bakas T, Clark PC, Kelly-Hayes M, King RB, Lutz BJ, Miller EL, et al. Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(9):2836-52.
39. Kucharin K, Jongudomkarn D, Wattananukulkiat S. Management of families of stroke patients: A case study in Khon Kaen Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2007;25(2):6-16. (in Thai)

40. Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Stacciarini JM. Clinical implications of family-centered care in stroke rehabilitation. *Rehabil Nurs* 2015;40(6):349-59.
41. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Abd Aziz NA, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services - A systematic review and meta-ethnography. *PLoS One* 2018;21:13(2):e0192533.
42. Chaknum P, Harnirattisai T, Somprasert C, Chiang LC. Development of the family-based care model for stroke survivors to promote healthy family dynamics: Participatory action research. *Pacific Rim Int J Nurs R* [internet]. 2023 Mar 27 [cited 2025 Jun 5];27(2):244-59. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/262033>
43. Haslam, Haslam BS, Butler DS, Kim AS, Carey LM. Somatosensory impairment and chronic pain following stroke: an observational study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(2).
44. Renati S, Raju S, Makarova A, Hairston M, Beba Abadal K, Bozeman A, et al. Impact of post-stroke post-traumatic stress disorder. *Neurohospitalist* 2025;15:19418744251315201.
45. Fowler K, Paula M, Elaine B, Kathleen B, Sexton E. Coming home was a disaster, I didn't know what was going to happen: a qualitative study of survivors' and family members' experiences of navigating care post-stroke. *Disabil Rehabil* 2024;46(22):5291-303.

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก

ดร.ณิ ศรจันทร์ทอง พย.บ.* วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ พย.ม.** ไพจิตร พุทธรอด ปร.ด.***

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และผู้ดูแล จำนวน 52 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คู่ และกลุ่มควบคุม 26 คู่ โดยวิธีการจับคู่ตามคุณลักษณะที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าไขมันในเลือด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test และ mann-whitney u test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ค่าไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและชนิดแอลดีแอลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .05$; $p < .05$; $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$; $p < .01$; $p < .05$; $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและสามารถควบคุมโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การจัดการรายกรณี การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โรคเบาหวาน โรคร่วม

เลขที่จริยธรรมการวิจัย IRB of BCNT 11/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วันที่รับบทความ 8 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 23 เมษายน 2568

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ จังหวัดตรัง

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล wararatt@bcnt.ac.th

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of a case management with family participation program in caring for uncontrolled diabetes mellitus older adults with comorbidities on health care behavior and clinical outcomes

Darunee Srijunthong B.N.S.* Wararat Tiparat M.N.S.** Pajjit Putharod Ph.D.***

Abstract

The older adults with uncontrolled diabetes mellitus and co-morbidities are at high risk of developing both acute and chronic health-threatening complications. The objective of this quasi-experimental research was to study the effects of a case management with family participation program in caring for uncontrolled diabetes mellitus older adults with comorbidities on health care behaviors and clinical outcomes. The sample consisted of 52 pairs of uncontrolled diabetes mellitus with co-morbidity older adults and their caregivers. They were divided into either the experimental group or the control group, 26 pairs for each group, using a matched-pair design based on specified characteristics. The research instruments consisted of two parts: 1) the experimental instrument, which was the case management and family participation program, and 2) data collection instruments, which included (1) a demographic questionnaire, (2) a health behavior questionnaire, and (3) a clinical outcome record form, including HbA1c, blood pressure, and blood lipid levels. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and Mann-Whitney U test with a statistical significance level of .05.

The results of the study found that the experiment, the experimental group had significantly higher mean score of health care behaviors than before the experiment ($p < 0.001$) and significantly higher than the control group ($p < 0.001$). The HbA1c, Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure, Total cholesterol, and LDL- low density lipoprotein were significantly lower than before the experiment ($p < 0.001$; $p < 0.05$; $p < 0.05$; $p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively) and significantly lower than the control group ($p < 0.01$; $p < 0.01$; $p < 0.05$; $p < 0.05$ and $p < 0.001$ respectively).

The research findings could be concluded that the case management and family participation program can modify the behaviors of older adults with diabetes mellitus, resulting in consistent appropriate health care behaviors, reducing HbA1c, and controlling comorbidities such as hypertension and hyperlipidemia to normal ranges.

keywords: uncontrolled sugar level; case management; family participation; older adult; clinical outcome; health behavior; diabetes mellitus; co-morbidity

Ethical approval: IRB of BCNT 11/2567, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 8 March 2025, Revised 20 April 2025, Accepted 23 April 2025

*Registered nurse, A professional level, Khao Wiset Sub-District Health Promoting Hospital, Trang Province

**Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Corresponding author, E-mail wararatt@bcnt.ac.th

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือ 1 ราย ทุก ๆ 5 วินาที¹ ในจังหวัดตรังพบข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 67.56, 69.16 และ 72.07 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 25.0, 27.0 และ 30.0 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 โดยในอำเภอวังวิเศษมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด² และในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 26.38 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 8.00 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 1.78 โดยในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.71 ซึ่งผลกระทบที่เกิดจาก ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นภาระการดูแลของครอบครัว ต่อไป นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 70.65 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งหมด³ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความตระหนัก ในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จะมีการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ในการควบคุมเมื่อใกล้ถึงระยะเวลาการนัดพบแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปัจจัยด้านบริบท ครอบครัวในการจัดการด้านอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว ประุงรสชาติอาหาร เหมือนกัน อีกทั้งระบบการให้บริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังในปัจจุบัน ให้คำแนะนำแบบสั้น ๆ หลังจากการ ชักประวัติก่อนพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกบริการ และติดตามผลลัพธ์ ในการมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป³ โดยยังไม่ได้มีนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบรายกรณีมาปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และบางกิจกรรมจัดทำ เป็นโครงการที่มีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจาก ให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเป็นรายบุคคลเฉพาะผู้ป่วยโดยตรง ไม่ได้เปิดโอกาสหรือนัดหมาย ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือรับฟังการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อควบคุมโรคพร้อม ๆ กัน ทำให้ครอบครัวไม่ทราบข้อมูลและจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการ รับประทานยา เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์³

จากข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน คือ ต้องรับ การดูแลรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งเน้นให้ โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (diabetes remission) รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น เบาหวาน เข้าจอประสาทตา การทำงานของไตลดลง รวมถึงส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง⁴ ซึ่งจากการ ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ อย่าง แพร่หลาย และพบว่า ได้ผลดีด้านผลลัพธ์การดูแล โดยมีการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนา มีค่า HbA1c < 7% และส่งผลในระดับอำเภอ

สามารถควบคุมโรคได้ดี เป็นอันดับ 1 ของจังหวัด⁵ และพบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เจตคติและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น⁶ รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนการจัดการรายกรณีทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้⁶⁻⁷

นอกจากนี้ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁸ โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยดูแลและปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย⁹ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ¹⁰ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทั้งการจัดการรายกรณีของ Powell & Tahan¹¹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern¹² ซึ่งเชื่อว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจากความเสื่อมตามวัย จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาสนับสนุนการดูแล โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เฉพาะรายในด้านการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค การกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการด้านอารมณ์ และการรับประสานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งมารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมโรคร่วม เช่น ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เน้นการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

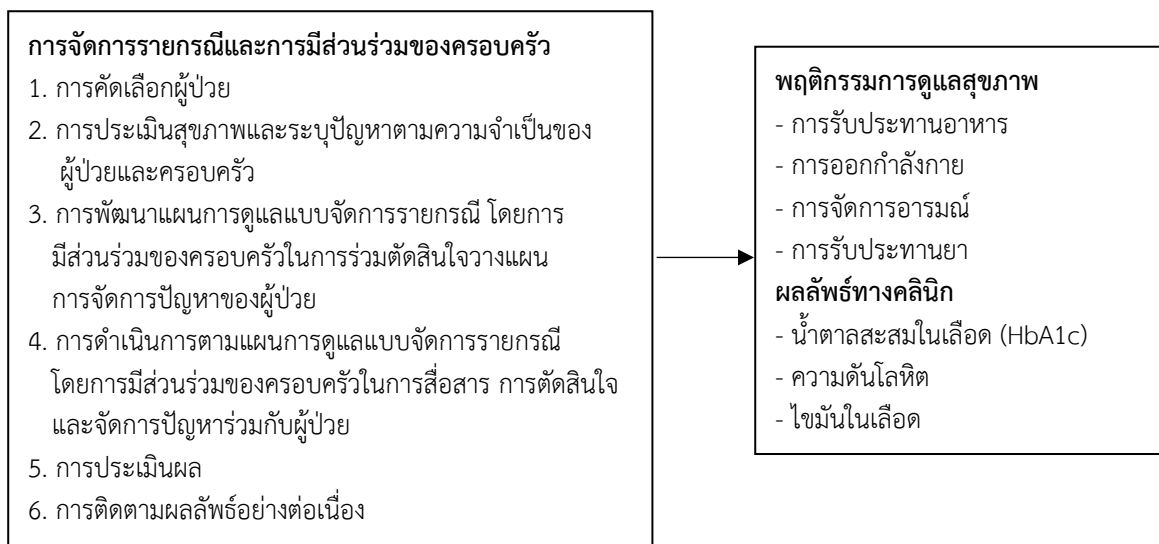
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าระดับความดันโลหิต และค่าไขมันในเลือด ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าระดับความดันโลหิต และค่าไขมันในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell & Tahan¹¹ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern¹² โดยการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตามบริบทของผู้ป่วย มุ่งเน้นเป้าหมายในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นอย่างมีคุณภาพ ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาตามความจำเป็นของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแลแบบจัดการรายกรณี 4) การดำเนินการตามแผนการดูแลแบบจัดการรายกรณี 5) การประเมินผล 6) การติดตามผลลัพธ์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern¹² ซึ่งประกอบด้วย 1) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและความต้องการ 2) การตัดสินใจและจัดการกับปัญหา และ 3) การกระทำร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและความต้องการ ร่วมตัดสินใจและจัดการปัญหาร่วมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเฉพาะราย ตามกระบวนการจัดการรายกรณี โดยการให้ความรู้ การสนับสนุน การกำหนดเป้าหมายการรักษา ด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยาที่เหมาะสม มีการติดตาม เยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์เฉพาะราย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ส่งผลให้ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด และภาวะโรคร่วมค่าความดันโลหิตรวมทั้งค่าไขมันในเลือดลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม วกก่อน และหลัง การทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในเขตบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 950 คน³ และผู้ดูแลประจำครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการ ดังนี้

1. การสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาจากสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายโรงพยาบาลวังวิเศษ จำนวน 7 แห่ง เป็นพื้นที่ของกลุ่มควบคุมและทดลอง ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงให้สถานบริการสุขภาพที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ และสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการหยิบลูกบอล อีก 6 แห่งให้เป็นสถานบริการสุขภาพที่เป็นกลุ่มควบคุม 1 แห่ง คือ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า

2. จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง ทั้ง 2 แห่ง ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา 2) มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในเขตบริการสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 3) มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดล่าสุด (HbA1c) > 8%

4) มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดสูง 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางตา และทางเท้า เป็นต้น 6) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุไทย ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) 12 คะแนนขึ้นไป 7) ไม่มีภาวะหลงลืม ประเมินความจำระยะสั้น โดยใช้แบบสอบถาม mini-cog จำนวน 3 ข้อคะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 3 คะแนน ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ขณะเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลประจำครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2) สามารถอ่านออกและเขียนได้ 3) มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านการจัดหาหรือปรุงอาหาร การจัดการเรื่องรับประทานยา การจัดการสุขภาพทั่วไป และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในครอบครัว มากกว่า 1 คน หรือผู้ดูแลย้ายที่อยู่ เป็นต้น

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (discontinuation criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด จำนวน 8 ครั้ง หรือขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ test family เลือก t tests, statistical test เลือก means: difference between two independent means (two groups) คำนวณโดยเลือกสถิติ t-test (two tail) กำหนดขนาดอิทธิพล ระดับใหญ่ (large effect size) คือ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha)=.05 และค่า power=.80 ได้จำนวนกลุ่มทดลองและควบคุม รวม 52 คู่ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีก 10 % ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 58 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คู่ กลุ่มควบคุม 29 คู่ และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) ดังนี้ 1) เพศเดียวกัน¹³ 2) อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี¹⁴ 3) ประเภทโรคร่วม⁴ และ 4) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดแตกต่างกันไม่เกิน 0.5 mg%⁶ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อและคัดเลือกรายชื่อกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) กับรายชื่อกลุ่มทดลองทีละคู่ จนครบ 29 คู่ แต่เนื่องจากในระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คู่ ต้องคัดออกและสิ้นสุดการเข้าร่วม เนื่องจากในกลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 ราย ย้ายที่อยู่ไปอยู่กับบุตร จำนวน 1 ราย และผู้ดูแลย้ายที่อยู่ไปทำงานต่างจังหวัดไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุตลอดการดำเนินการทดลอง จำนวน 1 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลองตลอดระยะเวลาการทดลอง จำนวน 26 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Powell & Tahan¹¹ ประกอบด้วย เนื้อหา 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว 3) การพัฒนาแผนการดูแลแบบจัดการรายกรณีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการร่วมตัดสินใจวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย 4) การดำเนินการตามแผนการดูแลแบบจัดการรายกรณีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสื่อสาร การตัดสินใจ และจัดการปัญหาร่วมกัน 5) การประเมินผล

และ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินปัญหา ดังนี้ 1) ด้านอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปริมาณอาหารที่ควรรับประทานตามเมนูอาหารท้องถิ่นของแต่ละบุคคล 2) ด้านการออกกำลังกาย โดยประเมินกิจกรรมทางกายของแต่ละบุคคลที่เคยปฏิบัติ ให้ความรู้ที่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) ด้านการจัดการอารมณ์ ประเมินปัญหาการจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดของแต่ละบุคคล และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านการจัดการยา ประเมินปัญหาการรับประทานยาเบาหวานของแต่ละบุคคลตามเวลาในแผนการรักษา และวางแผนกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และได้เสนอแนะให้มีการเขียนแผนการจัดการรายกรณีให้มีรายละเอียดที่ชัดเจนเฉพาะราย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดลองใช้พบว่า โปรแกรมฯ เข้าใจง่าย มีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) สถานภาพสมรส 5) ระดับการศึกษา และ 6) อาชีพ ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ (1) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวาน (2) ประเภทโรคร่วม (3) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคร่วม (4) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (5) ความดันโลหิต (6) ไขมันในเลือด 7) ชนิดของยาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) ระดับการศึกษา (4) อาชีพ (5) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และ (6) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 2. แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ¹⁵ ประกอบด้วย 4 ด้าน เป็นพฤติกรรมเชิงบวก คือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ พฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบ คือ ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ทำเลยหรือทำน้อยครั้ง (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ดังนี้ คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับดี) คะแนน ร้อยละ 60-79.9 (ระดับปานกลาง) คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (ระดับต่ำ) 3. แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิต (blood pressure) ไขมันในเลือด (total cholesterol, LDL-low density lipoprotein) ผู้วิจัยดำเนินการเจาะเลือดที่คลินิกโรคเรื้อรังตามคู่มือการเก็บและนำส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลวังวิเศษ ภายในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ซึ่งการส่งตรวจค่าไขมันในเลือดทั้งชนิด total cholesterol และชนิด LDL-low density lipoprotein ดำเนินตามนโยบายการให้บริการของสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายโรงพยาบาลวังวิเศษ ในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง³ และผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกับที่ให้บริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โดยเครื่องวัดความดันโลหิตผ่านการปรับเทียบ (calibrate) จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังวิเศษ ทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง และมีแถบสติ๊กเกอร์บันทึกวันเวลาในการตรวจสอบ³

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา index of item objective congruence (IOC) คือ 0.81 โดยได้เสนอแนะให้ปรับข้อความในคำถามพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ และตัดข้อความพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายที่มีความหมายซ้ำซ้อนกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะและ

นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียม ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาวิเศษ เพื่อดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 2) จัดทำบอร์ดประชาสัมพันธ์อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และหากผู้ป่วยใดสนใจสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จากเวชระเบียนของผู้ป่วย และขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามเขตความรับผิดชอบ แจ้งย้ำการนัดหมายและการมาพบแพทย์ตามนัดพร้อมครอบครัวในวันนัดและการเตรียมตัวในการนัดเจาะเลือด และ 4) พบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิก โรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ ซึ่งแจ้งให้ทราบสิทธิ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอม เข้าร่วม จึงให้ลงนามในฟอร์มยินยอม

2. ขั้นดำเนินการกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูล ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาวิเศษ

2.1 ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก (สัปดาห์ที่ 1-4) โดยประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง รายบุคคล ดังนี้ 1) ทบทวนเวชระเบียนประวัติที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง 2) สอบถามข้อมูลทั่วไปและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (pre-test) และวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร่วมกับครอบครัว เจาะเลือดหาค่าน้ำตาลสะสมในเลือดและไขมันในเลือด ในกลุ่มที่มาตามนัด สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน เป็นเวลา 1 เดือนจนครบ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลเพื่อประเมินปัจจัยสาเหตุ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมาตามนัด ในสัปดาห์ที่ 1 จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมาตามนัด ในสัปดาห์ที่ 3 จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 4 จนครบ

2.2 ระยะที่ 2 การจัดทำแผนการจัดการรายกรณีและรูปแบบการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษัชกร และนักโภชนาการที่รับผิดชอบ ในเขตพื้นที่สถานบริการสุขภาพในเครือข่ายโรงพยาบาลวังวิเศษ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการจัดการยาตามข้อมูลเฉพาะราย ใช้เวลา ควบคู่กับ ระยะที่ 1 หลังการเก็บข้อมูล

2.3 ระยะที่ 3 ดำเนินการจัดการรายกรณีตามแผนที่ กำหนดไว้เป็นรายบุคคล ดังนี้ 1) นัดกลุ่มตัวอย่างพร้อมครอบครัวเฉพาะราย ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 5) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายระบุตาม ช่วงเวลา ที่สะดวก (นัดเวลาไม่ตรงกัน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อราย) ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขาวิเศษ ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการจัดการรายกรณีแต่ละราย (clinical pathway) โดยส่งเสริม การมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การคำนวณสัดส่วนอาหารที่ เหมาะสม การฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเลือกอาหารที่เหมาะสมจากสื่อโมเดลอาหาร พร้อมบอกเหตุผล การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การรับประทานยา ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเข้าใจ เพิ่มขึ้นและตอบคำถามได้ เห็นความสำคัญในการปฏิบัติที่เหมาะสม และผู้วิจัยสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมที่บ้าน 2) นัดกลุ่มตัวอย่างพร้อมครอบครัวเฉพาะราย ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 7) ดำเนินการตามแผนการจัดการรายกรณีของแต่ละรายเพิ่มเติม (นัดเวลาไม่ตรงกัน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อราย) ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ โดยวิเคราะห์จากคู่มือการบันทึกการปฏิบัติ และ ปรับแผนการจัดการรายกรณีให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะราย 3) ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง

ตามการวางแผนเยี่ยมเฉพาะบุคคลแต่ละราย (สัปดาห์ที่ 10) เพื่อเสริมพลังโดยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม การปฏิบัติที่เหมาะสม และค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ และ ปรับแผนการจัดการรายกรณีให้เหมาะสมตามปัญหาที่พบ 4) ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (สัปดาห์ที่ 14) ทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจ ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและปรับแผนการจัดการ รายกรณีให้เหมาะสมตามปัญหาที่พบ

3. ขั้นตอนการกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูล ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองคล้า ผู้วิจัยดำเนินการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยตามปกติ ดังนี้ 1) การมาพบแพทย์ ตามนัด (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยซักประวัติอาการและอาการแสดงของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ตรวจวัด ความดันโลหิต และเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลสะสมและหาค่าไขมันในเลือด และสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (pre-test) 2) กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา 3) ปรึกษาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนกลับบ้านเป็นรายบุคคล 4) นัดหมายการพบแพทย์ตามนัด

4. ขั้นตอนประเมินผล ประกอบด้วย 1) การประเมินผลในกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 17) ผู้วิจัยนัด เจาะเลือดเพื่อตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด ไขมันในเลือด วัดความดันโลหิต และนัดพบแพทย์เพื่อฟังผล การตรวจเลือดตามนัดพร้อมครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 18 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพหลังการจัดการรายกรณี (post test) พร้อมสิ้นสุดการวิจัยและเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินผลในกลุ่มควบคุม (สัปดาห์ที่ 17) ผู้วิจัยนัดเจาะเลือด เพื่อตรวจน้ำตาลสะสมไขมัน ในเลือด วัดความดันโลหิต และนัดพบแพทย์เพื่อฟังผลเลือด ในสัปดาห์ที่ 18 พร้อมใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (post test) และผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมพร้อมครอบครัวเฉพาะรายในการจัดการรายกรณี เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ chi-square 2) เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการราย กรณีร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม สัมพันธ์กัน (paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ shapiro-wilk 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic) ค่าไขมันในเลือดชนิด total cholesterol และชนิด LDL-low density lipoprotein ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระ ต่อกัน (t-test for independent sample) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็น ปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ kolmogorov-smirnov ยกเว้นค่าไขมันในเลือด ชนิด LDL-low density lipoprotein ในกลุ่มควบคุม พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ ด้วยสถิติ mann-whitney u test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษารังนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณาและ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข IRB of BCNT 11/2567 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ตอบรับหรือปฏิเสธ โดยที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้

จะถูกเก็บเป็นความลับ จะบันทึกข้อมูลเป็นตัวเลขแทนรหัสของแบบสอบถาม และจัดบันทึกเป็นไฟล์ข้อมูลที่เป็นเลขรหัส ในการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถสืบค้นข้อมูลมาถึงตัวบุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจขั้นตอนการเข้าร่วมศึกษา ผู้วิจัยจะอธิบายขั้นตอนเข้าร่วมการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถูกต้องตรงกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการทําวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.46 มีอายุเฉลี่ย 69.38 ปี (SD=7.56) อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 50.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.69 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 92.31 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.46 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย 14.81 ปี (SD=7.13) อยู่ในช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 42.31 มีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วมมีค่าเฉลี่ย 10.04 และ 10.58 (SD=5.04, 5.84 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.17 อายุเฉลี่ย 51.83 ปี (SD=14.92) อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.33 จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.62 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 38.46 รายได้ครอบครัว อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 47.10 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 61.54

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.46 มีอายุเฉลี่ย 69.0 ปี (SD=6.62) อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 53.85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.38 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 88.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.41 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 12.38 (SD=4.23) อยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 46.13 มีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วม มีค่าเฉลี่ย 9.69 และ 8.88 (SD=3.25, 4.91 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.69 อายุเฉลี่ย 47.92 ปี (SD=14.20) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 45.83 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.31 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รายได้ครอบครัว อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 42.31 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 69.23

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) เกี่ยวกับ เพศ อายุ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และประเภทโรคร่วม ทดสอบความแตกต่าง ทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=26)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	64.46	1.82	79.69	9.02	8.39	<.001**
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	9.32	1.27	7.71	1.25	8.37	<.001**
ความดันโลหิต						
-Systolic blood pressure (SBP)	131.19	10.98	126.58	9.33	2.13	.043*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง (n=26) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
-Diastolic blood pressure (DBP) ไขมันในเลือด	73.58	6.63	68.73	6.14	2.50	.019*
- Total Cholesterol	177.38	35.20	88.54	21.51	16.88	<.001**
- LDL- low density lipoprotein	93.00	23.88	74.31	26.93	22.55	<.001**

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

จากตารางที่ 1 หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิต (systolic blood pressure: SBP, diastolic blood pressure: DBP) และไขมันในเลือด (total cholesterol, LDL-low density lipoprotein) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001; p<.05; p<.05; p<.001 และ p<.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก (น้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือด: total cholesterol) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=26)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	64.46	1.81	0.88	.383	79.69	9.02	5.96	<.001***
กลุ่มควบคุม	65.34	4.79			66.88	6.19		
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)								
กลุ่มทดลอง	9.32	1.27	.643	.523	7.71	1.25	3.48	.001**
กลุ่มควบคุม	9.11	1.26			8.97	1.33		
ความดันโลหิต (systolic blood pressure: SBP)								
กลุ่มทดลอง	131.19	10.98	3.06	.004	126.58	9.33	3.17	.003*
กลุ่มควบคุม	142.23	14.75			136.85	13.58		
ความดันโลหิต (diastolic blood pressure: DBP)								
กลุ่มทดลอง	73.58	6.63	.071	.944	68.73	6.14	2.09	.041*
กลุ่มควบคุม	73.73	8.80			73.27	9.18		
ไขมันในเลือด (total cholesterol)								
กลุ่มทดลอง	177.38	35.20	.091	.928	152.88	35.87	2.31	.025*
กลุ่มควบคุม	176.46	38.24			179.85	47.48		

p* < .05, p** < .01, p*** < .001

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิต (systolic blood pressure: SBP, diastolic blood pressure: DBP) และค่าไขมันในเลือด (total Cholesterol) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$; $p<.01$; $p<.05$ และ $p<.05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ค่าไขมันในเลือด: LDL-low density lipoprotein) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 26)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	M	SD	Med	Mean rank	Z	p-value	M	SD	Med	Mean rank	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	93.00	23.88	94.00	25.73	.366	.714	74.31	22.55	73.50	18.92	3.61	<.001***
กลุ่มควบคุม	99.96	32.11	94.00	27.27			105.58	33.55	96.0	34.08		

P***<.001, z=Mann-Whitney U test, Med.=Median

จากตารางที่ 3 หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ค่าไขมันในเลือด: LDL-low density lipoprotein) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิต (systolic blood pressure: SBP, diastolic blood pressure: DBP) และค่าไขมันในเลือด (total cholesterol, LDL-low density lipoprotein) หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.05$; $p<0.05$; $p<0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$; $p<0.01$; $p<0.01$; $p<0.05$; $p<0.05$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีตามแนวคิด Powell & Tahan¹¹ ทั้ง 6 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sebern¹² ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละราย¹¹ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพได้ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการจัดการรายกรณีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=64.49, SD=1.82) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ทำได้ยากที่สุด เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับครอบครัวไม่สามารถจัดการได้เอง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ทราบข้อมูลภาวะสุขภาพจากการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้ง จึงยังจัดการด้านอาหารไม่เหมาะสม มีการเติมเครื่องปรุงต่าง ๆ เพื่อเพิ่มรสชาติในอาหารปฏิบัติเป็นประจำทุกมื้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น และบางรายมีการดื่มกาแฟ 3 in 1 วันละ 2 ชง หรือดื่มเครื่องดื่มประเภทโอวัลติน 3 in 1 ทุกวันในมื้อเช้า ซึ่งผู้ดูแลจะซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อในชุมชน เช่น ข้าวต้ม ข้าวเหนียวปาท่องโก๋ ขนมจีน เป็นประจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานก่อนการปรุงอาหารในมื้อหลัก หลังจากการวิเคราะห์

ข้อมูลทำให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนการปรับพฤติกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะราย โดยวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้ความรู้ตามแผนเฉพาะราย (clinical pathway) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การคำนวณสัดส่วนอาหาร การฝึกทักษะเลือกอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สื่อโมเดลอาหาร รวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การวิเคราะห์รูปแบบการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในแต่ละรายและให้ข้อมูลชี้แนะเพิ่มเติม เน้นย้ำและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ด้านการจัดการอารมณ์โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเอาใจใส่ ใต้ถาม สนับสนุนและช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและลดความวิตกกังวลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการจัดการยาโดยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญในการรับประทานยา สนับสนุนให้ผู้ดูแลช่วยติดตามกำกับกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการรายกรณีร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง ทั้งการนัดที่คลินิก การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ โดยนำรูปแบบนี้ มาใช้ในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้บริการที่แตกต่างจากการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังรูปแบบเดิม มีการติดตามพฤติกรรมตามประเด็นปัญหา ประเมินการปฏิบัติตามแผนและค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเตือนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการปรับแผนการจัดการรายกรณีให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะรายที่พบในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ไม่เกิดข้อจำกัดในการปรับพฤติกรรม เปิดโอกาสในการซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งคะแนนโดยรวม เพิ่มขึ้น ($M=79.69$, $SD=9.02$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการจัดการรายกรณี ($M=66.88$, $SD=6.19$) สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองสูงขึ้นด้วย⁶⁻⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ บทบาทของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตด้วยอาหารเพื่อสุขภาพได้¹⁸

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (18 สัปดาห์) ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิต (systolic blood pressure: SBP, diastolic blood pressure: DBP) และไขมันในเลือด (total cholesterol, LDL-low density lipoprotein) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่าน มาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเช่นเดียวกัน^{5-7,17,18} โดยมีค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ($M=7.71$, $SD=1.25$) ลดลงตามเกณฑ์เป้าหมาย ($HbA1c < 8$ mg% ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนปานกลาง)⁴ และการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ภาวะโรครวม คือ ค่าความดันโลหิตลดลงสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ ($p < .001$) และค่าไขมันในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นเดียวกัน²⁰ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมจึงมีโอกาสที่จะทำให้ระดับไขมันผิดปกติ และการควบคุมระดับน้ำตาลส่วนใหญ่อขึ้นกับการทำงานของตับอ่อนและความไวของอินซูลิน ดังนั้น ผู้ที่มีความบกพร่องของเซลล์ตับอ่อนจะมีความทำงานของอินซูลินลดลง

การเผาผลาญไขมันลดลง⁴ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดจะเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีการวางแผนการดูแลเฉพาะรายแบบองค์รวมร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจในปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือดลดลง จึงควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาปรับใช้ในหน่วยบริการ เพื่อช่วยในการพัฒนาระบบการให้บริการในดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ช่วยชะลอภาวะแทรกซ้อน และมุ่งเน้นให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (diabetes remission)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ ให้ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการรายกรณี
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม โดยใช้วิธีการสุ่มแบบ randomized controlled trial (RCT) เพื่อลดข้อจำกัดในการวิจัยกึ่งทดลอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้จับคู่ให้มีลักษณะที่คล้ายกัน (matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับระดับการศึกษา เพศ อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคของผู้สูงอายุด้วย

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of diabetes, World Diabetes Day, [Internet]. 2022. [cited 2024 January 14]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/> (in Thai)
2. Trang Provincial Public Health Office. Chronic disease data warehouse [Internet]. Trang: Trang Provincial Public Health Office; 2024. [cited 2024 December 17]. Available from: <http://www.tro.moph.go.th/index2.php> (in Thai)
3. Khao Wiset Tambon Health Promoting Hospital. Chronic disease patient registry database [Internet]. Trang; 2023 [cited 2023 December 10]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6175?show=full&locale-attribute=en> (in Thai)
4. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn and Endocrine Society of Thailand. Clinical practice guideline for

- diabetes 2023 [Internet]. Bangkok: [cited 2024 January 17]. Available from: <https://www.thaiendocrine.org/th/2023/08/02/> (in Thai)
5. Laknawiwat J, Laknasirorat M, Nekkaphat P, Sae-Ho T. Development of a case management model for diabetes care to control blood sugar levels by coordinating care from hospitals to primary care services. *Journal of Environmental Health and Community Health* 2023;8(1):56-66. (in Thai)
 6. Buakaew P, Rukbanglaem C, Nawsuwan K. Case management outcomes on knowledge, behaviors, and glycated hemoglobin level among patients with uncontrolled type 2 diabetes, Pakphayun Hospital, Phatthalung Province 2024;4(1):89-101. (in Thai)
 7. Taaon C, Kraithaworn P, Piaseu N. The effects of nursing case management on self-care behaviors, clinical outcomes, and quality of life among community-dwelling older adults with poorly controlled type 2 diabetes in Thailand. *J Community Health Nur* 2024;41(1):11-20. Available from: <https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2266433>
 8. Nammuang T. Predictive factors of self-care behaviors among older adults with uncontrolled diabetes in Surin province. *Acad J Community Public Health* 2023;9(1):170-80. (in Thai)
 9. Thapthim D, Intakamhaeng A, Chuchom O. Mental strength of caregivers: Important for the care of elderly people with diabetes. *Journal of Social Sciences and Buddhist Anthropology* 2021;6(1):1-16. (in Thai)
 10. Jesrichai R, Kanokthet T. Multilevel causal factors affecting self-care behaviors of elderly people with type 2 diabetes and uncontrolled blood sugar levels: a case study of Phichit Province. *Eastern Asia University Academic Journal (Science and Technology)* 2019;13(2):145-58. (in Thai)
 11. Powell SK, Tahan HA. Case management a practical guide for education and practice. 3rd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 12. Sebern M. Shared care elder and family member skills used to manage burden. *J Adv Nurs* 2005;52(2):170-9.
 13. Suppankul P, Sirinuan S, No-in J, Chayodom V, Singhadet O. Predictors of self-care behaviors among elderly patients with type 2 diabetes in Sukhothai Province. *Eastern Asia University Academic Journal* 2017;11(1):211-23. (in Thai)
 14. Klaihong W, Chitmontree N, Virojrat V. Predictors of regular and proper medication adherence behaviors among elderly patients with type 2 diabetes. *Burapha University Journal of Nursing* 2016;24(1):65-75. (in Thai)
 15. Phuangmalee K, Chuphanich P. The effectiveness of a blended self-management program on health behavior and glycated hemoglobin levels in patients with type 2 diabetes mellitus, Nong Saeng District, Udon Thani Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2019;12(4):49-59. (in Thai)

16. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
17. Kamprasit S. Development of family potential in members with type 2 diabetes mellitus using family nursing process and participatory learning. *Chaiyaphum Med J* 2018;38(3):39–49. (in Thai)
18. Lontaan A, Adam Y, Keintjem F, Sumiyati S. The role of family in improving the management of diabetes mellitus patients. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan* 2024;2(2):33-40. Available from: <https://doi.org/10.61099/junedik.v2i2.43>
19. Kosonjit R, Noimuenwai P. Effectiveness of case management in patients with diabetic mellitus at Pak Phli Hospital, Nakhon Nayok Province. *Nurs J.* 2017;44(1):116–27. (in Thai)
20. Anuritprasert B, Pinyopasakul W. Management of metabolic syndrome for outpatient uurses. *HCU Journal of Academic* 2021;25(1):129-43. (in Thai)

ผลของการใช้แอปพลิเคชันหนังสือการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง*

สุพันธ์ อุ่นใจ ประ.ด.** บุษบา สมใจวงศ์ ประ.ด.***

สุชุมาล หอมวิเศษวงศา ประ.ด.** วิภาวดี โพธิ์โสภา ประ.ด.****

ณิชาภัทร พุฒิกามิน ประ.ด.**** จินตนา สุวิทวัส ประ.ด.*****

บทคัดย่อ

การใช้เทคโนโลยีการเรียนรู้ผ่านมือถือ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ในการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติพยาบาลผู้ใหญ่ ยังคงเป็นประเด็นที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานแอปพลิเคชันหนังสือพยาบาล (NB app) สำหรับนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาจากการใช้แบบสอบถามนักศึกษาพยาบาล จำนวน 22 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในภาพรวมต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ ความมีประโยชน์ และความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (SD=0.82) นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย ผู้เข้าร่วม จำนวน 8 คน พบว่า NB app ใช้ง่าย มีข้อจำกัดการใช้เฉพาะมือถือระบบปฏิบัติการ

สรุปว่า แอปพลิเคชันช่วยในการเตรียมตัว สำหรับการฝึกปฏิบัติพยาบาลผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะ สำหรับการวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการตรวจสอบประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน โดยการใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของการเรียนรู้เพิ่มเติม

คำสำคัญ: การปฏิบัติทางคลินิก การเรียนรู้ทางคลินิก การเรียนรู้ผ่านมือถือ การศึกษาพยาบาล
แอปพลิเคชันมือถือ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย CR-0160 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 มีนาคม 2568

*ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล bussom@kku.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effectiveness of using nursing book application for preparing clinical practice among nursing students in a university*

Supan Unjai Ph.D.** Busaba Somjaivong Ph.D.***
Sukuman Homvisetvongsa Ph.D.** Wiphawadee Potisopha Ph.D.****
Nichapatr Phutthikhamin Ph.D.**** Chintana Suwittawat Ph.D.*****

Abstract

The use of mobile learning technology to enhance learning outcomes in adult nursing practice remains insufficiently studied. This study aimed to assess the feasibility of using the Nursing Book Application (NB app) among nursing students at a nursing education institution. A mixed-methods research approach was employed. Quantitative data were collected through questionnaires and analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were gathered through focus group discussions and analyzed using thematic analysis. Findings from the questionnaire, completed by 22 nursing students, indicated that their overall perceptions of learning outcomes, usefulness, and satisfaction had a mean score of 3.81 (SD=0.82). Additionally, data from a focus group discussion with eight participants revealed that the NB app was easy to use, but its functionality was limited to Android devices.

In conclusion, the application effectively supported nursing students in preparing for adult nursing practice. Future research should focus on evaluating the app's effectiveness using a randomized controlled trial to further explore its impact on learning outcomes.

keywords: clinical practice; clinical learning; mobile learning; nurse education; mobile application

Ethical approval: CR-0160, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 3 September 2024, Revised 11 March 2025, Accepted 18 March 2025

*This study is supported by Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

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

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand, Corresponding author,
E-mail: bussom@kku.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

*****Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand

Introduction

Preparing clinical practice is the crucial goal of a nursing baccalaureate curriculum. For practicing in the complex healthcare environment in a hospital setting, nursing students are prepared with fundamental skills for maintaining the quality and safety of patient care¹. Also, they will be assessed in clinical learning contexts in which they apply their knowledge and skills to care delivery². A previous study acknowledged that teaching and learning components were essential to the clinical learning environment². They also indicated that foundational nursing knowledge impacts clinical learning environment experiences; thus, nurse educators must ensure that students are prepared when providing clinical learning opportunities. Better preparedness in undergraduate education programs for nursing students before graduating affected their self-confidence and preparedness for practice²⁻³. That will be the success in transitioning from a student nurse to a registered nurse role⁴.

Due to its importance, several studies show some strategic directions and programs regarding nursing learning environments to enhance skill competencies among nursing students. Peer learning in clinical practice education was used, which is nursing students working with each other in pairs to share, discuss, and reflect on knowledge and skills during clinical practice⁵. A previous study found that peer learning improved the self-efficacy of nursing students whose first clinical practice was at a university in Sweden⁵. However, they pointed out that peer learning did not improve self-rated performance. Moreover, some researchers pointed out that problem-based learning supports nursing students to be active learners and enhance clinical nursing skills. A qualitative study in South Africa revealed that problem-based learning is beneficial; however, there is still no compelling evidence that it can be used as a stand-alone teaching strategy⁶. A recent study integrated peer learning activity and problem-based learning in clinical nursing education in Indonesia⁷. The result showed that both strategies could improve clinical learning outcomes such as communication and understanding, nursing care, examination and treatment, and professional approach. Lastly, the application of mobile technologies in nursing education has increased in the past decades, and most of these studies focused on fundamental knowledge and clinical skill improvement⁸.

Mobile learning is widespread in nursing education⁸⁻⁹. Various strengths of mobile learning were reported, such as no time or space limitations, quick access to learning materials, and self-directed study⁹. A study reported that most undergraduate nursing students in the United Kingdom used smartphones and mobile applications for searching and learning in clinical practice, including calculators, drug reference guides, and medical dictionaries¹⁰. Also, this study reported that nursing students perceived many benefits of educational apps, such as easy access to educational resources, enhanced knowledge and confidence in clinical practice, and decreased anxiety while learning clinical practice¹⁰. Similarly, a randomized controlled trial pointed out that mobile-based video clips were helpful educational material that improved clinical skills and enhanced learning, including attention, relevance, confidence,

and satisfaction among student nurses in South Korea³. Although evidence indicates that mobile technologies have increased clinical learning outcomes among undergraduate nursing students, studies examining mobile learning in nursing education are limited⁹.

Clinical practice is a crucial phase for nursing students, particularly second-year students enrolled in Practicum in Adult Nursing I, as they begin their first clinical placements in hospital wards. However, many students face challenges such as anxiety, lack of confidence in patient care, inadequate clinical skills, and difficulty adapting to the clinical environment, all of which may affect their learning outcomes and readiness for nursing practice¹¹⁻¹². Several factors influence students' preparedness, including their theoretical knowledge, pre-clinical skills training, attitudes toward learning, faculty support, and prior clinical exposure¹³. In this course, pre-clinical preparation is limited to skill practice in laboratory settings and textbook reading, which restricts students' access to diverse learning resources and contributes to heightened anxiety. Integrating mobile learning technology to promote active learning may serve as an effective strategy to enhance students' clinical readiness and reduce pre-clinical stress, ultimately improving their confidence and competence in real-world patient care¹⁴.

In Thailand, using mobile technologies to enhance clinical learning outcomes appears challenging. A study found that the level of readiness for self-directed learning among nursing students in Thailand was high¹⁵. However, studies have yet to report the result regarding self-directed learning outcomes, especially in clinical practices in nursing education via mobile technologies. A study suggested that nurse educators consider applying mobile technologies in training several skills. Before developing a mobile application, the researchers surveyed the strategies to prepare knowledge and skills for providing care in a hospital among nursing students. The results showed they need online clinical and practice knowledge via mobile technology for self-learning. Then, the Nursing Book Application (NB app) was developed by fourth-year undergraduate nursing students in the nursing innovation subject at one university in Northeast Thailand. The implementation outcome - feasibility needs to describe after adopting the intervention is carried out in a particular setting in terms of practicality, precise fit, utility, and trialability¹⁶. Thus, this pilot study explored how nursing students perceive the practicalities of implementing the mobile application for principles and techniques in a nursing practicum in adult wards.

Research Aim

This study aims to explore the experiences and perceptions of second-year baccalaureate nursing students regarding the feasibility of the NB app in preparing them for adult nursing practice.

Research Objectives

The objectives of this study are to:

1. Investigate students' perceptions of the NB app's impact on their learning, usefulness, and satisfaction with the adult nursing practicum.
2. Assess students' satisfaction with using the NB app during their adult nursing practicum.
3. Explore students' overall experiences and perceptions of integrating the NB app into adult nursing practice preparation.

Research Questions

The following research questions underpin the study:

1. What is the perception of the impact of the NB app on learning, usefulness, and satisfaction with adult nursing practicum?
2. What is the satisfaction of using the NB app for adult nursing practicum among second-year baccalaureate nursing students?
3. What are the experiences and perceptions of second-year baccalaureate nursing students regarding the feasibility of the NB app in preparing them for adult nursing practice?

Methods

Design

The mixed-methods approach has been described as the “third methodological movement,” following the development of quantitative and qualitative research. It is recognized as the third research paradigm, providing a philosophical and theoretical framework that integrates both quantitative and qualitative research methods within a single study¹⁷. This approach enables a more comprehensive understanding of a research problem by combining numerical data with descriptive insights. Mixed methods design incorporates at least one quantitative method (designed to collect numerical data) and one qualitative method (designed to collect textual or narrative data). Importantly, neither method is inherently tied to a specific philosophical paradigm, allowing for flexibility in research inquiry¹⁸.

In this study, a convergent mixed-methods approach was employed to gain a deeper understanding of the experiences and perceptions of second-year baccalaureate nursing students regarding the feasibility of the NB app in preparing them for adult nursing practice. The quantitative design was used to address Research Questions 1 and 2, while the qualitative design was applied to answer Research Question 3. In the quantitative component, a survey was conducted to assess students' perceptions and satisfaction after using the application, enabling the collection of numerical data to identify patterns and trends. Concurrently, in the qualitative component, a focus group was conducted to explore participants' experiences with the feasibility and perceived impact of the mobile application for clinical practice learning,

providing an in-depth understanding of students' perspectives¹⁸. Quantitative data from the survey and qualitative data from the focus group were separately collected and analyzed, following the convergent parallel design, in which both types of data are given equal priority and integrated during the discussion phase to provide a more holistic interpretation of the findings¹⁸.

Participants and Setting

The study was conducted in a faculty of nursing at a university in northeast Thailand. The population comprised 63 second-year baccalaureate nursing students who enrolled in the practicum in adult nursing I recruited from March to April 2019. Purposive sampling was employed to select the participants. Nursing students were eligible if they (1) enrolled in the practicum in adult nursing I, (2) used mobile with an Android system, and (3) were willing to download and use the NB app. Nursing students were excluded from participating if they could not use the NB app during the research implementation.

To recruit participants, information about the research was provided during the orientation class. All students were given an information sheet detailing the purpose, procedures, and requirements of the study. Students who expressed interest in participating were provided with an informed consent form to review and sign. After consenting to participate, the students were instructed to download the NB app, which they used as part of the research during their practicum.

For the quantitative component, out of the 63 nursing students enrolled in the adult nursing practicum subject, 22 volunteers completed the survey. The remaining 41 did not participate in the survey due to using iOS mobile devices. After using the NB app, eight of the 22 students participated in the focus group, which is the qualitative component.

Intervention

The NB app was implemented in this study. This application is the program that installs the Android system device. The app functions as a digital textbook, containing comprehensive content on adult nursing subjects. It covers the principles and practices required to provide nursing care for adult patients in hospital settings. The NB app is structured into 11 chapters, including topics such as neurological, musculoskeletal, and gastrointestinal conditions, as well as procedures like catheterization and urostomy care. The content was reviewed and validated by three academic experts in adult nursing to ensure its accuracy and relevance. The application was co-designed and co-developed by fourth-year nursing students and an information technology engineer. The application feature provided each chapter separately that participants can directly read in the application or download PDF files. Participants downloaded the application by searching for its name and self-learned it for eight weeks during the intervention. Participants can access the application for self-learning whenever they want.



Figure 1 User interface of the nursing book application.

Data Collection

After the study had been approved for exemption, the data were collected. Next, researchers introduced the research project to second-year baccalaureate nursing students in the orientation section of the practicum in adult nursing I. All potential participants gained the research information and had opportunities to ask for further information from the research team. Then, all volunteered participants completed written informed consent. Finally, the researchers explained how to download and use the nursing book app for the participants.

Quantitative data

At the end of the eight weeks after adopting the application, the participants were invited to complete the survey. The survey comprised two parts, including the demographic data questionnaires and the perception and satisfaction of the NB app questionnaires. The first part collected personal information as follows: gender, the experience of adult nursing practice in the surgical ward and medical ward, frequency of use, and duration of use per time. The second part of the survey comprised a series of self-reported questionnaires. Two instruments used in this study were:

1) Researchers modified the Nursing Book Application Perception Questionnaire from the Thai Perception Questionnaire¹⁹. The reliability of the original version for the overall items was excellent ($\alpha=.88$). For this study, researchers modified the questionnaire that measured the simulation of computer-based learning for use in the nursing field as the Nursing Book Application Perception Questionnaire. It has been divided into three subscales with a 16-item questionnaire regarding perceived knowledge (3 items), perceived usefulness (2 items), and perceived satisfaction (11 items). Items were scored on a five-point Likert scale (from 1=strongly disagree to 5=strongly agree). Three academic experts in the nursing field determined content validity (CVI) was .92.

2) The researcher team developed the Nursing Book Application Satisfaction Questionnaire. It has three subscales with a 13-item questionnaire: application format satisfaction (8 items), contents within the application (3 items), and contents within the E-book or PDF files (2 items). Items are measured on a five-point Likert scale (from 1=strongly disagree to 5=strongly agree). The scale was determined to have good construct validity by three educators in adult nursing, with a CVI value of 1.00, indicating the perfect appropriateness of the instrument's content.

Qualitative data

The focus group was conducted by two lecturers from the adult nursing department who were not members of the research team. Both hold PhDs in nursing and have experience conducting focus groups and qualitative research. The six-questionnaire guide for the focus group to explore the feasibility of the NB app was developed by researchers. The question example was, "Does the NB app help you to prepare the knowledge and skills for practicing in the adult nursing ward?". The questionnaire was validated by three academic experts in fundamental and adult nursing from the Faculty of Nursing, the same faculty as the sample population. It achieved a CVI value of .89, indicating the appropriateness of the instrument's content. The focus group was conducted in the conference room for 1 hr. The interview was directly recorded after the participant's consent, and then it was transcribed for data analysis by a researcher (SU).

Data analysis

The quantitative data from the survey were extracted into Excel and then transferred to SPSS for analysis using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. For the qualitative data, a thematic analysis approach was employed to analyze the data collected from the focus group²⁰. This method is both flexible and robust, enabling the identification, analysis, and interpretation of patterns within qualitative data²¹. In this study, the recorded focus group was transcribed for data analysis by a researcher (SU). The thematic analysis followed six steps: familiarizing with the data, generating initial codes, searching for themes, reviewing themes, defining and naming themes, and producing the final report by two researchers (SU, BS)²⁰.

Ethical consideration

The human research ethics committees at the Faculty of Nursing, Khon Kaen University, approved this study (CR-0160). Participants were provided with research information and that they could withdraw from the study at any point without affecting their studying. Participant information was stored confidentially and will be permanently deleted from our records at the end of the study.

Results

Twenty-two nursing students consented to take part in the survey, and there were 14 females and eight males. Eight of them participated in the focus group session. All participants have experienced clinical practice in both surgical and medical wards.

Nursing Book Application Perceptions and Satisfaction

The level of perception and satisfaction with using the NB app is illustrated in Table 1. The mean score for the overall perception of using the mobile application for nursing practicum was 3.81 out of 5. Participants who perceived the NB app's impact on learning outcomes scored highest at 4.08 out of 5 and lowest in the perceived satisfaction domain at 3.72 out of 5. The mean score for overall satisfaction with using the NB app was 3.9 out of 5. Participants' scores levels of satisfaction in application format, contents within the application, and contents within the E-book attached to the app were 3.98, 3.88, and 3.86, respectively.

Table 1 Summary of perceptions and satisfactions on the Nursing Book Application reported each subscale (n=22)

Domain and Subdomain	Mean score	Standard Deviation
Perceptions (overall)	3.81	0.82
Learning	4.08	0.64
Usefulness	3.86	0.73
Satisfaction	3.72	0.87
Satisfaction (overall)	3.94	0.75
Application format	3.98	0.73
Contents within the application	3.88	0.75
Contents within the E-book or PDF files	3.86	0.82

Note: Scored on a Likert scale of 1 to 5: 1=strongly disagree, 2=disagree, 3=neutral, 4=agree, 5=strongly agree.

The proportion of participants who reported a 'agree' or 'strongly agree' level of perception and satisfaction with using the NB app is reported in Table 2. Most participants (20 out of 22) perceived using the NB app to provide clinical practice for delivering care to adult patients in the hospital. However, only half of them (11 out of 22) expressed they enjoyed the NB app while they used it for self-studying, and the least were entirely focused on learning to prepare clinical practice through the application (10 out of 22).

Table 2 Frequency and percentage of participants of perception and satisfaction scored agree and scored strongly agree on using the Nursing Book Application (n=22)

Domain	Subdomain	Item	Frequency (percentage)	Mean (SD (Standard Deviation))
Perception	Learning	Using the application can increase knowledge	19(86.36%)	4.00(0.53)
		The application provides nursing practices information to prepare for the delivery of care for patients in the ward	20(90.91%)	4.09(0.75)
		The application affects learning to prepare for nursing practice	19(86.36%)	4.14(0.64)
	Usefulness	The application enhances the ability to learn how to prepare for your nursing practice	14(63.64%)	3.77(0.69)
		Using the application for pre-clinical practice is beneficial	18(81.82%)	3.95(0.79)
	Satisfaction	You enjoy learning through the application	11(50%)	3.50(1.01)
		You like to use the application to prepare yourself for pre-clinical practice	13(59.09%)	3.77(0.75)
	Perception	Using the application for pre-clinical practice is beneficial	18(81.82%)	3.95(0.79)
		You enjoy learning through the application	11(50%)	3.50(1.01)
		You like to use the application to prepare yourself for pre-clinical practice	13(59.09%)	3.77(0.75)
Satisfaction	Satisfaction	You entirely focused on learning to prepare clinical practice through the application	10(45.45%)	3.36(0.95)
		The fonts fit and are easy to read	18(81.82%)	4.00(0.62)
		The font size is appropriate for the screen	15(68.18%)	3.73(0.83)
	Application format	The color of the font and the background are appropriate	17(77.27%)	3.91(0.75)
		Content is easy to read, and get understanding	17(77.27%)	3.95(0.79)
	Contents within the application	The content is interesting	16(72.73%)	3.86(0.77)
		Using of symbols or images is consistent with the content within the application	16(72.73%)	3.82(0.73)
		Content is easy to read, and get understanding	17(77.27%)	3.86(0.83)
	E-book	The content is interesting	15(68.18%)	3.86(0.83)

Focus Group Findings

Eight second-year baccalaureate nursing students participated in the focus group. Discuss the feasibility of applying the NB app in education and nursing practice. Participants experienced the benefits of the NB app for preparing their care plan for patients as a nursing book. Moreover, they pointed out that the NB app was easy to use. However, participants require educators to remodel the NB app to add video-based clinical practice to make it more attractive. All findings from the focus group were presented in Table 3.

Table 3 Feasibility and perceived impact of using the Nursing Book Application from the focus group session (n=8)

Themes	Subthemes	Exemplars
Functionality	Ease of use	“The app was easy for downloading, accessing, and collecting the information (p2).”
	Limited to Android device	“The apps were limited to only an android device, which meant some students could not use this educational resource. Therefore, the researcher needs to revise to work on various mobile operating systems (p5).”
Features	Appealing app is attractive and simple	“The app features with a color drawing indicating each topic regarding the clinical nursing care were so attractive(p1).” “The app structure was simple, and I could access the information in only two steps (p2).”
	Need video added	“Researchers need to add the video about clinical nursing practice, and it will be more helpful and be easy to understand, especially in practice elements (p8).” “The app had too many contents that were appropriate for studying the principle of nursing. In terms of practices, it should be video-based learning (p3).” “I can access the app for learning while practicing in the ward if it is a short video (p4).”
Challenging	Misunderstanding	“Nursing staff did not know nursing students have used their mobile phones for clinical practice learning (p6).” “Nursing educators should communicate to the hospital; students will feel free to use the app for preparing the clinical practice during practice in the wards (p1).”
	Wi-Fi available	“The Wi-Fi at the nursing dormitory sometimes is unavailable, especially at nighttime (p7).”
Perceived impact	Usefulness for self-learning	“After finishing practice in the hospital, most students have to go to the nursing library to borrow the books that it has limited (p8).”

Integrating quantitative and qualitative findings

Strength of the NB App

Quantitative findings illustrate the strength of the NB app in enhancing nursing knowledge and providing practice-related information to prepare for nursing practice.

Moreover, the NB app is also useful for preparing for pre-clinical practice. These findings align with qualitative data, which further explain the perceived impact of the app in increasing self-directed learning and addressing the issue of limited book availability in the library.

The NB app may be beneficial to nursing education by promoting self-learning through mobile technologies, ultimately improving learning outcomes. For future research, investigating the effectiveness of the NB app on learning outcomes through an experimental design with a two-group comparison remains necessary.

Challenges of the NB App

Quantitative findings show that even though the NB app improves learning related to knowledge and practice, only half of the participants agreed that the app was enjoyable and engaging. This finding contrasts with certain aspects of the qualitative data, which indicate that the app's color illustrations related to clinical nursing care topics were perceived as attractive. Moreover, participants suggested that adding videos might make the app more engaging and better suited for clinical practice learning. These results provide researchers with insights on how to revise the app to enhance its appeal.

Additionally, qualitative findings highlighted functional limitations, including the app's compatibility only with Android devices and the requirement for a Wi-Fi connection. These findings suggest the need to redevelop the app to function offline and be available on both Android and iOS systems.

Another significant issue reported by participants was the misunderstanding among healthcare staff when students used the app during clinical practice in the wards. Staff members did not perceive the use of mobile phones as a learning tool. Therefore, raising awareness about the educational benefits of mobile technologies may help address this issue and foster better understanding among healthcare professionals.

Discussion

This study found that nursing students perceived the NB app as a positive outcome for learning, usefulness, and satisfaction. They pointed out this mobile application can increase their knowledge and practice about adult nursing practicum. The previous studies illustrated a similar finding: clinical learning through mobile applications enhanced learning outcomes regarding nursing knowledge and skills or skill performance^{10,22-23}. Similarly, a systematic review and meta-analysis reported that, according to 33 studies, mobile applications were a helpful tool that significantly raised the level of knowledge among healthcare professionals and students²⁴. Furthermore, A study found that it enhanced nursing knowledge and the ability to transfer knowledge into the clinical practice of undergraduate nursing students²⁵.

Moreover, most nursing students are satisfied with using the NB app regarding its features and the contents within the app and attached E-book. They emphasized that the NB app's interface eases the user's navigation ability and provides critical professional skills to

help their clinical learning. Consequently, the previous study found that undergraduate nursing students in South Korea also satisfied clinical knowledge during pediatric clinical practice through a smartphone application²³. The study also pointed out that nursing students' perspectives on mobile applications helped improve their clinical learning outcomes.

Nursing students agreed that the smartphone application was feasible for delivering clinical nursing education. This finding was like most previous studies; it was advised to develop a mobile application with further nursing courses for nursing students of all levels^{10,22,26}. For this reason, the application helped nursing students learn efficiently and enhance their clinical performance²⁷. In addition, nursing students and educators agreed that mobile applications were acceptable and usable as a tool to improve the quality of nursing education in clinical learning^{23,27}. Moreover, previous studies have reported that learning through the mobile application was a helpful technology to allow nursing students to be active and learner-centered, enhance critical thinking skills, and improve self-efficacy²²⁻²³. In conclusion, mobile learning is feasible to use in nursing education.

However, some features and functionalities of the NB app used in this study were required to modify before implementing further in nursing education. Participants emphasized that researchers need to change the NB app before further employing it with nursing students, significantly adding video-based clinical learning. In the study nursing students suggested adding more audio-visual information, such as diagrams, audio clips, or videos on apps¹⁰. They expressed that the videos on step-by-step how to deliver clinical skills might make them achieve the necessary competencies and improve learning outcomes. Moreover, the education app should be flexible to use various devices, not only Android. A study highlighted that practical mobile applications in medical education need to consider the low cost, high flexibility, decreased dependence on regional or site limitations, both online and offline availability, simulation, and flexible learning features of mobile apps²⁴.

Furthermore, the survey findings regarding satisfaction revealed that only half of the participants reported enjoying the NB app for self-studying, while even fewer indicated they were fully focused on using the app to prepare for clinical practice. These results align with participants' feedback in the qualitative data, which emphasized the need for video-based content to enhance the app's usability for clinical practice. This finding is consistent with previous research, which suggests that incorporating more audiovisual elements, such as diagrams, audio clips, or videos, into educational apps can improve the delivery of clinical skills, helping students achieve necessary competencies and enhancing learning outcomes¹⁰. These insights highlight a critical area for improvement in digital learning tools, particularly in nursing education, where the integration of theoretical knowledge and practical skills is essential. Incorporating multimedia features like instructional videos could better address students' diverse learning needs and significantly enhance their preparedness for clinical practice.

Finally, there were some challenges in applying mobile phone applications for clinical nursing practice in the Thai context. Nursing students expressed misunderstanding among staff when they use their smartphones for studying while performing nursing practice in the wards. This finding was similar to another study reported that one point raised was the sometimes-negative attitudes of the nursing staff and patients against using mobile devices in clinical settings¹⁰. Therefore, educators should inform patients and healthcare professionals before using smartphones and apps to teach in clinical practice effectively. Also, changing policies to promote mobile working and learning in the healthcare field may also contribute to a cultural shift in the benefit of this strategy¹⁰. In addition, the nursing student identified the need for Wi-Fi available support to use the application. This resource support may offer usability of the mobile app, and it may improve learning outcomes as well. The organization should consider this issue and provide support as required.

Limitations

There are some limitations to suggestions for further research. First, the sample size is relatively small that is difficult to find relationships from the data and generalize or transfer. Second, this study was conducted to investigate how the application work without comparing the group. Last, self-reported data from the focus group is limited because it can rarely be independently verified.

Conclusion

Integrating mobile applications helped promote clinical practice among nursing students. The participants were satisfied with the features and content provided by the NB app and perceived its usefulness for self-learning. They also expressed that promoting their learning helps prepare knowledge and skills with adult clinical practice. However, participants pointed out that learning via mobile application in a clinical setting and with Wi-Fi available was challenging.

Implications for future research

The present study guides the development of mobile learning strategies that are more suitable for clinical nursing practicum. Therefore, further studies are expected to justify the proper application with the appropriate design for clinical practice. Also, investigating the effectiveness of the application with a compared group is needed.

Funding source

The authors acknowledge the funding support of the Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand.

References

1. Dimitriadou M, Papastavrou E, Efstathiou G, Theodorou M. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nurs Health Sci* 2015;17(2):236-42.
2. Flott EA, Linden L. The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2016;72(3):501-13.
3. Lee NJ, Chae SM, Kim H, Lee JH, Min HJ, Park DE. Mobile-based video learning outcomes in clinical nursing skill education: a randomized controlled trial. *CIN* 2016;34(1):8-16.
4. Alharbi HA, Almutairi AF, Alhelih EM, Alshehry AS. The learning preferences among nursing students in the king saud university in saudi arabia: a cross-sectional survey. *Nurs Res Pract* 2017;2017(1):3090387.
5. Pålsson Y, Martensson G, Swenne CL, Adel E, Engstrom M. A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2017;51:81-7.
6. Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Sandy PT. Usefulness of problem-based learning in clinical nursing education: experiences from the university of botswana. *African Journal for Physical Activity and Health Sciences* 2013;19(Sup-2):1-10.
7. Putri ST, Sumartini S. Integrating peer learning activities and problem-based learning in clinical nursing education. *SAGE Open Nurs* 2021;7:23779608211000262.
8. Chang CY, Lai CL, Hwang GJ. Trends and research issues of mobile learning studies in nursing education: a review of academic publications from 1971 to 2016. *Comput Educ* 2018;116:28-48.
9. Chen B, Wang Y, Xiao L, Xu C, Shen Y, Qin Q, et al. Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: a meta-analysis. *Nurse Educ Today* 2021;97:104706.
10. Chen B, Wang Y, Xiao L, Xu C, Shen Y, Qin Q, et al. Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: a meta-analysis. *Nurse Educ Today* 2021;97:104706.
11. O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: a student perspective. *Nurse Educ Today* 2018;69:172-8.
12. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloe D, Thomas L, Papathanasiou IV, Tsaras K. A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *J Ment Health* 2017 Oct;26(5):471-480.
13. Jamshidi N, Molazem Z, Sharif F, Torabizadeh C, Kalyani MN. The challenges of nursing students in the clinical learning environment: a qualitative study. *Scientific World Journal* 2016;2016:1-7.
14. Jothishanmugam A, Suliman A, Ahmed M, Fabricante CC, Ali SK. Factors affecting the clinical learning of nursing students: systematic review. *Eur Chem Bull* 2024;12(5):5712-6.
15. Kim H, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Educ* 2016;21(1):14.

16. Klunklin A, Viseskul N, Sripusanapan A, Turale S. Readiness for self-directed learning among nursing students in Thailand. *Nurs Health Sci* 2010;12(2):177–81.
17. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). NY: SAGE Publications;2018.
18. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). NY: SAGE Publications;2022.
19. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2013;347:f6753.
20. Natnivong S, Srisawasdi N. Exploring preservice teachers' perception of simulation-based learning in physics education: a preliminary study of Lao People's Democratic Republic. Asia-Pacific Society for Computers in Education. In: *Proceedings of the 24th International Conference on Computers in Education, India*;2016.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101.
22. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *Int J Qual Methods* 2017;16(1):1-13.
23. Kim H, Suh EE. The effects of an interactive nursing skills mobile application on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance: a randomized controlled trial. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2018;12(1):17-25.
24. Lee H, Kim C, Kim H, Kim J, Kang M. Improving active collaborative clinical learning through a mobile application for undergraduate nursing students. *Comput Inform Nurs* 2023;41(5):309-15.
25. Chandran VP, Balakrishnan A, Rashid M, Pai Kulyadi G, Khan S, Devi ES, et al. Mobile applications in medical education: a systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2022;17(3):e0265927.
26. Mc Veigh C, Carlisle S, Birch M, Ace L, Oliver C, Kerr H, et al. Pilot study to explore the use of mobile spaced learning as a digital learning platform when teaching symptom management to undergraduate nursing students: splendids study. *Plos One* 2022;17(6):e0269633.
27. Willemse JJ, Bozalek V. Exploration of the affordances of mobile devices in integrating theory and clinical practice in an undergraduate nursing programme. *Curationis* 2015;38(2):1–10.

การวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้การกระจายอำนาจ สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด 593 Model

จิตติมา พานิชกิจ วท.ม.*

นิธิรุจน์ เพ็ชรสินเดชากุล ส.ม.** กาญจนา เอี่ยมอักษร วท.ม.***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการและความสำเร็จในการดำเนินนโยบายของกรมควบคุมโรค โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงนโยบาย เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณผ่านการสำรวจและสัมภาษณ์ โดยเลือกภารกิจหลัก 3 ประการ สำหรับการวิเคราะห์ ได้แก่ (1) การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2) การรายงานโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ (3) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย จำนวน 728 คน จาก 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด 50 คน ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ 90 คน ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล 60 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 108 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 420 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบคลัสเตอร์ 30 กลุ่ม เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามตรงกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.5-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็น คือ 1) ระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่าแนวทางจากส่วนกลางมีความชัดเจน มีการถ่ายทอดแนวทางทุกปี นโยบายของผู้บริหารการเมืองในพื้นที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ข้อมูลสารสนเทศขององค์การบริหารส่วนจังหวัดใช้ฐานเดียวกับของสาธารณสุขตัวชี้วัดของ 2 กระทรวง ไม่สอดคล้องกัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทติดตามกำกับงานน้อยลง การขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนมีการรายงานข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ผลงานต่ำกว่าไม่ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่มีการกำกับที่ชัดเจน และยังพบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ขอรับการติดตามงานในการประชุมประจำเดือน 2) ระบบการสอบสวนโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เมื่อพบผู้ป่วย ต้องขออนุมัติจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดก่อนจึงทำให้ลงพื้นที่ได้ช้า และด้วยมีภาระงานมากจึงต้องเลือกที่จะปฏิบัติการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ที่ควบคุมได้ดี พบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยสนับสนุน มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลตำบล ยังคงสนับสนุนการควบคุมโรคระบาด 3) ระบบติดตามประเมินผลทุกระดับมีการติดตามงานทุกเดือน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดจัดการประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือน ระดับอำเภอมีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอ กำนันผู้ใหญ่บ้าน 4) ผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของการดำเนินงาน พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อนโยบายป้องกันควบคุมโรคระดับมาก มีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดี มีข้อเสนอให้เร่งสร้างข้อตกลงและรูปแบบการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวมทั้งให้มุ่งเน้นระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมต่อกัน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการติดตามประเมินงาน

คำสำคัญ : การป้องกันควบคุมโรค แนวคิด 593 Model องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย NSWPHO-023/67 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 27 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ ผู้ประพันธ์บทความ

อีเมล j.jittimaodpc3@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

Policy analysis of prevention and control focuses on the decentralization to the provincial administrative organization (PAO) in region 3 according to 593 model concept

Jittima Panitchakit M.S.*

Nithiruj Phetsindechakul M.P.H.** Kanjana Iamaksorn M.S.***

Abstract

This research aimed to analyze the implementation process and success of policy execution by the Department of Disease Control. The study employed a policy research methodology using a mixed-methods approach, incorporating both qualitative and quantitative data collection through surveys and interviews. Three core missions were selected for analysis: (1) diabetes and hypertension prevention and control, (2) disease reporting under the Communicable Disease Act B.E. 2558, and (3) road traffic accident prevention. Sample included 728 participants from both the Ministry of Public Health and the Ministry of Interior and consisted of 5 groups: 50 provincial-level policy administrators, 90 district-level policy administrators, 60 sub-district-level policy administrators, 108 health disease contractors and 420 village health volunteers. They were selected using the 30-cluster sampling technique. The research instruments had index of Item-Objective Congruence (IOC) values between 0.5 and 1.0 and a cronbach's alpha of 0.92. Data were analyzed using percentage and mean values. The research results found the following four main issues. 1) Information System: Central guidelines were found to be clear and communicated annually. The policies of local political administrators emphasized the importance of disease control data. The information of the provincial administrative organization used the same base as the public health office. There were mismatches in indicators between the two ministries, and the role of district health offices in monitoring had diminished. The work at the district level was driven through the district quality of life development committee. Data reporting from transferred sub-district health promoting hospitals (SHPHs) was inconsistent. The results were lower than those not transferred. Provincial administrative organizations did not have clear supervision. It was also found that some SHPHs did not request to be monitored in the monthly meeting. 2) Disease Investigation System: Transferred SHPHs were appointed as communicable disease control officers. Approval from local administrative leaders was required when having a patient, causing delays entering to the area. Workload often led to prioritization. Effective outbreak control was found in areas where district health offices remained supportive. Emergency operation centers were established at sub-district levels. Sub-district administrative organizations and sub-district municipalities continue to support epidemic control. 3) Monitoring and Evaluation System: Monthly monitoring meetings occurred across all levels—provincial governors held meetings with local administrators. The provincial public health offices held a monthly planning and evaluation meetings. At the district level, there were meetings of the district public health coordination committee, the SHPHs director, the district government department heads, and community leaders. 4) Operational Outcomes: village health volunteers (VHVs) reported high satisfaction with prevention and control policies and demonstrated good knowledge and implementation levels. The study recommended the creation of agreements and models for driving disease prevention and control work between provincial health offices and local administrative organizations at all levels. In addition, Interconnected information systems, responding to public health emergencies, and monitoring and evaluating work should be focused.

keywords: prevention and control: 593 model concept: the provincial administrative organization

Ethical approval: NSWPHO-023/67, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 27 October 2024, Revised 5 June 2025, Accepted 6 June 2025

*Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan, Corresponding author, E-mail: jjittimaodpc3@gmail.com

**Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control
Region 3, Nakhon Sawan

***Public health technical officer, A senior professional level, Office of Disease Prevention and Control Region 3,
Nakhon Sawan

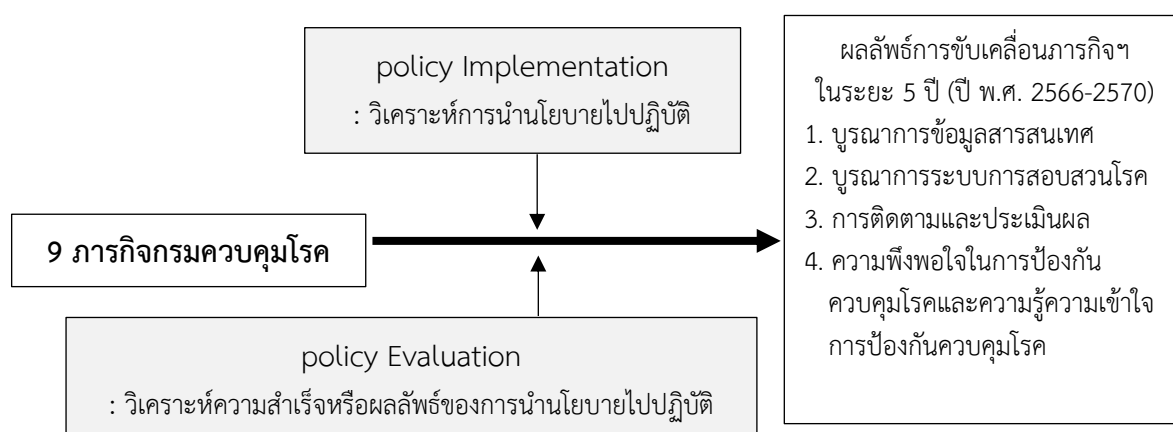
บทนำ

กรมควบคุมโรค ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ในระยะที่ 2 คือ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566-2570)¹ และตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 นั้น ระหว่างปี พ.ศ.2565-2567 จึงมีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบจ.) ไปแล้ว จำนวน 4,275 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 43.30² มี อบจ.รับถ่ายโอนแล้ว 62 อบจ. ยังไม่รับถ่ายโอน 14 อบจ. และมี 10 จังหวัดที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทั้งจังหวัด³ ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีการถอดบทเรียนการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ที่จังหวัดนครราชสีมา พบประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. บางแห่ง รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ล่าช้า หรืออาจไม่มีรายงาน การประสานงานในการควบคุมโรคติดต่อมีความล่าช้า รอคำสั่งก่อนลงพื้นที่ มีการลำดับงานตามความสำคัญของนโยบาย อบจ. จึงมีข้อเสนอว่า ให้หน่วยงานสาธารณสุขและ อบจ. มีการบูรณาการร่วมกัน ส่วนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 43 แห่ง มีคำถามว่าจะยังต้องมีอยู่หรือไม่ และในการติดตาม ข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ ขอให้มีฐานข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประเทศและใช้ประโยชน์ร่วมเหมือนเดิมได้หรือไม่⁴ และผลการติดตามการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ของคณะกรรมการธิการ (กมธ.) การสาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2566 นั้น มีข้อสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า รพ.สต. บางแห่งไม่มีการดำเนินการตามกฎหมายฉบับดังกล่าว เช่น การจัดทำข้อมูลระบบสุขภาพ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากกระบวนการถ่ายโอนไม่ได้แสดงถึงความพร้อมที่แท้จริงขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมทั้งไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนถ่ายโอน บางแห่งไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วย บางแห่งมีบุคลากรถ่ายโอนไปจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ ส่วนด้านงบประมาณไม่สามารถจัดสรรได้เต็มตามกรอบที่กำหนด ระบบการจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สามารถแยกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศได้ ทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่าย⁵

นอกจากนี้ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ⁶ นำเสนอผลกระทบการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับนโยบาย (policy forum) เรื่องการขับเคลื่อนด้านการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ระบุว่า บทเรียนของการถ่ายโอนภารกิจฯ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ผ่านมา พบว่า มากกว่าครึ่งมีปัญหาด้านการบริหารจัดการ เกิดความ ห่างเหินกัน มีการตัดการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ตัดขาดจากหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญา (contracted unit of primary care: CUP) สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่ถ่ายโอนแล้วยังทำได้ไม่เต็มที่ ผลการวิจัยพบว่า การรายงานข้อมูลโรคติดต่อ (รง.506) ช่วงปี 2565-2566 ระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ถ่ายโอนมีความแตกต่างกัน คือ มีการรายงานน้อยลง และมีความล่าช้าบ้าง อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ข้อจำกัดอุปสรรคการดำเนินงาน ในการสรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 1 ปี 2567 ว่าจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. มากกว่าร้อยละ 50 มีผลการดำเนินงานแตกต่างจาก รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน ผลงานน้อยลงกว่าเดิมถึง ร้อยละ 10⁷ เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด มี รพ.สต. รวมทั้งสิ้น 580 แห่ง ปี พ.ศ. 2566-2567 ถ่ายโอนให้แก่อบจ. แล้ว 313 แห่ง⁸ (ร้อยละ 53.97) มี 12 อำเภอที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนทุกแห่ง สำหรับหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับงานของกรมควบคุมโรค คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ (สคร.3) มีการปรับ

โครงสร้างองค์กร เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2567 สอดรับการเปลี่ยนแปลงโดยมีการทำงานแบบดิจิทัลมากขึ้น มี 9 กลุ่มงาน 2 ศูนย์ 1 งาน ในการขับเคลื่อนงานตามภารกิจของกรมควบคุมโรคนั้น สคร.3 มีประเด็นในการตรวจราชการ ตัวชี้วัดการรับรอง ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ตัวชี้วัดจุดเน้นตามยุทธศาสตร์ สคร.3 และจุดเน้น สคร.3 ที่เป็นโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งประเด็นปัญหาสำคัญในเขตสุขภาพที่ 3⁹ ได้แก่ วัณโรค การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรคอุบัติใหม่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ไข้หวัดใหญ่ สารเคมีเกษตร และฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในขณะที่กรมควบคุมโรค ใช้ “แนวคิด 593 หรือ 593 model”¹⁰ เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรณีถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ซึ่งมี 9 ภารกิจ งานที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค โดยมุ่งหวังให้ รพ.สต. ดำเนินตาม 9 ภารกิจ แบบการบูรณาการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการแบบไร้รอยต่อทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน โดย “5” คือ ระยะเวลาของแผนปฏิบัติการฯ 5 ปี เริ่มในปี พ.ศ. 2566 สิ้นสุดปี พ.ศ. 2570 “9” คือ 9 ภารกิจที่ดำเนินการภายใต้กรมควบคุมโรค ได้แก่ 1) งานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค มี 4 งานย่อย ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ งานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและบริการเยี่ยมบ้าน 2) งานป้องกันควบคุมโรค มี 3 งานย่อย ได้แก่ งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานระบาดวิทยา 3) งานอนามัยโรงเรียน มี 1 งานย่อย ได้แก่ งานศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ และ 4) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มี 1 งาน ได้แก่ งานอุบัติเหตุภัยและภัยพิบัติ และ “3” คือ 3 ประเด็น ที่เป็นภาพความสำเร็จของการขับเคลื่อนงาน 9 ภารกิจ ในแต่ละปีในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ. 2566-2570) ได้แก่ 1) กฎหมาย กลไกทางการเงิน 2) integrated Information และบูรณาการระบบสอบสวนโรค โดยจัดให้มีระบบ XX ที่เชื่อมระหว่าง สคร.3 และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ถ่ายโอน และ 3) monitoring & evaluation

จากข้อมูลข้างต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเสมือนสัญญาณเตือนที่จะกลายเป็นข้อจำกัด ที่ทำให้ขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรคไม่ครบถ้วน ประชาชนไม่ได้รับการป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ รวมทั้งขาดการติดตามผลโดยทีมกลไกหลักที่มีในพื้นที่อยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ในเขตสุขภาพที่ 3 กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างไรและความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในด้านข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร การวิจัยในครั้งนี้ มีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ผลการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้การกระจายอำนาจ
สู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด 593 Model

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ และวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิเคราะห์นโยบาย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ในวงจรนโยบายสาธารณะ (policy cycle) วิเคราะห์เฉพาะกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (policy implementation) และวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy evaluation) เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวแบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิธีการสอบถามการสัมภาษณ์บุคคลและการวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิดตัวแบบทั่วไป (general Model) ของวิจัย รูปข้อดี¹¹ ในการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับการวิเคราะห์ความสำเร็จหรือผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้แนวคิด 593 โมเดล และความพึงพอใจ ความรู้ความเข้าใจ การป้องกันควบคุมโรค การปฏิบัติและการเข้าถึงบริการป้องกันควบคุมโรคของ อสม.

ใน 9 ภารกิจตามแนวคิด 593 ผู้วิจัยเลือกภารกิจที่สอดคล้องกับจุดเน้นของ สคร.3 ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 3 ภารกิจ ซึ่งเป็นภารกิจที่สามารถสะท้อนให้เห็นภาพความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้ คือ ภารกิจที่ 6 งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เลือกโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ภารกิจที่ 7 งานระบาดวิทยา เลือกระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และการสอบสวนโรค และภารกิจที่ 9 งานอุบัติเหตุและภัยพิบัติ เลือกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ดำเนินการในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดชัยนาท มีการรวบรวมข้อมูลในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย สำหรับการรวบรวมข้อมูลในระดับตำบลนั้น ผู้วิจัยดำเนินการในตำบลที่มี รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนและยังไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ.

ประชากร ในการวิจัยได้แบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด 50 คน (กระทรวงสาธารณสุข 30 คน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคติดต่อ หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคไม่ติดต่อ หัวหน้างานในกลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลจังหวัด) (กระทรวงมหาดไทย 20 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบจ. หัวหน้าฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค อบจ.) กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ 162 คน ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข 108 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ) (กระทรวงมหาดไทย 54 คน ได้แก่ นายอำเภอ) กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล 907 คน (กระทรวงสาธารณสุข 580 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการ สอน.และ รพ.สต. 580 คน (ชัยนาท 72 คน นครสวรรค์ 190 คน อุทัยธานี 89 คน กำแพงเพชร 120 คน และพิจิตร 109 คน)) (กระทรวงมหาดไทย 327 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรีเทศบาลเมือง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดเทศบาล) กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager) โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บ และงานระบาดวิทยา 127 คน จาก สคร.3 สสจ. สสอ. และ รพ.สต. และกลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 64,763 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เลือกจากประชากรทุกคน (จำนวน 50 คน) กลุ่มที่ 2-5 เลือกโดยวิธี systematic cluster sampling แบบ 30 cluster technique ขององค์การอนามัยโลก¹² ได้จำนวน รพ.สต. 30 แห่ง จากนั้นกำหนดตำบลและอำเภอที่เป็นตัวอย่าง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข คำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามาน¹³ ได้จำนวน 420 คน สรุปลักษณะตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มที่ 2-5 เป็น

ดังนี้ กลุ่มที่ 2 จำนวน 90 คน กลุ่มที่ 3 จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 4 จำนวน 78 คน และกลุ่มที่ 5 จำนวน 420 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร	จำนวนประชากรที่ใช้วิจัย	จำนวนตัวอย่างที่ใช้วิจัย
กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด	50 คน (5 จังหวัด)	50 คน (5 จังหวัด)
กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ	162 คน (54 อำเภอ)	90 คน (30 อำเภอ)
กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล	907 คน (580 ตำบล)	60 คน (30 ตำบล)
กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)	706 คน	108 คน
กลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข	64,763 คน	420 คน
รวม	66,588 คน	728 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นคำถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็นในนโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรค ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 รวมทั้งการสอบสวนโรค ชุดที่ 2 แบบสอบถาม อสม. เกี่ยวกับการทำกิจกรรมป้องกัน ควบคุมโรคและการเข้าถึงบริการ เป็นคำถามให้เลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” มีคะแนนตั้งแต่ 0-12 คะแนน ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรค ของ อสม. คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ ถูก-ผิด คำตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน คำตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ อสม. ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท¹⁴ และชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ใช้สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา จำนวน 5 คน เครื่องมือมีค่าความตรงตามเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.5-1.0 และค่า cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ด้านกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 96.74 เป็นผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ร้อยละ 88.00 (44 คน), 94.44 (85 คน) และ 96.67 (58 คน) ตามลำดับ เป็นผู้รับงานโรค และภัยสุขภาพ (PM: program manager) ร้อยละ 83.33 (90 คน) และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ให้ข้อมูล (n=728 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (จำนวนตัวอย่างทั้งหมด)	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม	697 (728)	96.74
กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายระดับจังหวัด	44 (50)	88.00
กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารนโยบายระดับอำเภอ	85 (90)	94.44
กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารนโยบายระดับตำบล	58 (60)	96.67
กลุ่มที่ 4 ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: Program Manager)	90 (108)	83.33
กลุ่มที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	420 (420)	100.00

1. ผลการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในทุกๆระดับ ทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ในเขตสุขภาพที่ 3 ตามแนวคิดตัวแบบ general model 8 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) สภาพทางการเมือง 3) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ 4) การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ 5) ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 6) สภาพเศรษฐกิจและสังคม 7) ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และ 8) การติดตามผลการดำเนินงาน พบประเด็นสำคัญจากการให้ข้อมูลของผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และผู้รับงานโรค program manager ดังนี้

(1) ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย พบว่า นโยบายการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 รวมทั้งการสอบสวนโรคของกรมควบคุมโรคมีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละระดับระดับจังหวัด มีการกำหนดมาตรการ แนวทางและกิจกรรมที่เป็นจุดเน้นที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด มีถ่ายทอดฯ ไปยังกองสาธารณสุข อบจ. ด้วย NCD clinic plus มีกรอบงานให้เขตและจังหวัดติดตามชัดเจน งานอุบัติเหตุทางถนนขับเคลื่อนงานป้องกันการบาดเจ็บส่วนกลางจนถึง ศปถ. อำเภอ สำหรับการรายงานเฝ้าระวังโรค สสจ. กำกับให้ทุกอำเภอรายงานอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

(2) สภาพทางการเมือง พบว่า การเมืองระดับประเทศและระดับพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วยเป็นวาระสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ สภาพการเมืองในระดับพื้นที่มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติจะสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลรวมทั้งกระทรวงต้นสังกัดที่มุ่งเข้าไปที่ประชาชนมีสุขภาพดี ในเรื่องอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรคขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่หน่วยงานทุกภาคส่วนมีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ในปี 2567 สำนักงานกองทุน สสส. ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและหลายหน่วยงานจัดกิจกรรม “รัฐสภาไทย...สานพลัง เพื่อความปลอดภัยทางถนน” ยกระดับการลดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคนโยบาย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา และขณะที่สภาพการเมืองในระดับพื้นที่มีการผลักดันให้เป็นวาระสำคัญของพื้นที่ ผลักดันให้เป็นประเด็นในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พคอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของตำบลไม่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรค เนื่องจากส่วนใหญ่เคยมีข้อสั่งการหรือมีประสบการณ์การควบคุมโรคภัยในพื้นที่อยู่แล้ว

(3) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และการรายงานเฝ้าระวังโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 รวมทั้งการสอบสวนโรคในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคสู่ภาคประชาชน มี สสจ. สสอ. และโรงพยาบาลทุกระดับ ร่วมกันติดตามกำกับบริหาร รพ.สต. ในสังกัด และที่ถ่ายโอน แต่ยังไม่สามารถทำได้ตามบทบาท โดยเฉพาะ สสอ. จึงขาดจุดเชื่อมประสานข้อมูลระหว่างพื้นที่ตำบลและจังหวัด อบจ. มีกองสาธารณสุข ติดตามกำกับ รพ.สต. ที่อยู่ในกำกับ มีการแต่งตั้ง รพ.สต. แม่ข่าย ดูแล รพ.สต.ในพื้นที่จำนวนหนึ่ง การถ่ายโอน รพ.สต. ทำให้การควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ทำได้ยากมากขึ้น มีขั้นตอน มีการจัดลำดับผลงานที่ไม่ใช่ภารกิจหลักไว้หลัง ๆ สำหรับ อบต. มีการสนับสนุนงานป้องกันควบคุมโรคโดยใช้งบประมาณจากกองทุนตำบล โดยมี รพ.สต. เป็นผู้จัดทำโครงการ รพ.สต. กำกับการปฏิบัติงานของ อสม. สำหรับงานป้องกันควบคุมโรคของผู้รับงานผลงานตามช่วงเวลาไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

(4) การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ พบว่า ผู้รับงานของ สคร.3 มีการจัดประชุมชี้แจงให้กับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นประจำทุกปีโดยมีผู้รับงานของ สสจ. เป็นผู้กำหนดแนวทางและจุดเน้นของงานที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด สสจ. ส่วนใหญ่สื่อสารลงในระดับพื้นที่ผ่านระบบปกติ ได้ประสาน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนด้วย อบจ. และ สสจ. มีข้อตกลงร่วมกันในการบูรณาการทุกกิจกรรมด้วยกัน และให้มีการสื่อสารไปยัง รพ.สต.ทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม ยังพบมี รพ.สต.ไม่ทราบข้อตกลงร่วมกัน ไม่มาประชุมติดตามงาน ไม่ให้ความสำคัญกับการเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ที่มีการแต่งตั้งในชุมชนก่อนถ่ายโอนส่วน อบต. มีพื้นที่ปฏิบัติงานในตำบล ขอให้ อบจ. และ สสจ. มีข้อตกลงการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และผู้รับงานโรคภัยสุขภาพ มีการใช้ช่องทางการชี้แจงงานผ่านการประชุมและวิธีการที่เคยปฏิบัติมา มีการแจ้ง อบจ. อีกทางหนึ่งด้วย

(5) ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า ในระดับจังหวัดมีการพิจารณาด้านทรัพยากรผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ตัดสินใจในการใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น มีบาง อบจ. ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุน สสส. ในด้านบุคลากร อบจ. เริ่มชะลอการโอนย้ายเนื่องจากพบข้อจำกัดเกี่ยวกับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ อบจ. ไม่มีบุคลากรวิชาชีพเฉพาะบุคลากร อบจ. ยังขาดความรู้โรคภัย ไม่ชำนาญ ในด้านพัสดุ เวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมีไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายสูง มีการขอเบิกเวชภัณฑ์จากเครือข่ายปฐมภูมิ สำหรับข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันให้มีการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม ระบบรายงานทางระบาดวิทยารูปแบบดิจิทัล (DDS) และระบบอื่น ๆ ที่มีและใช้อยู่ การไม่มีเจ้าหน้าที่ระบบคอมพิวเตอร์ใน อบจ. ทำให้ไม่มีการตรวจสอบในระบบกรณีข้อมูลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ไม่แสดงผล ทำให้ตัวชี้วัดไม่ผ่าน กรณีมีเหตุการณ์โรคระบาดและอุบัติเหตุทางถนน มีทีม Joint investigation team (JIT) จังหวัดโดยผู้ดูแลด้านข้อมูลของเหตุการณ์เป็นบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข อำเภอที่มีการถ่ายโอนทุกแห่ง พบว่า นายอำเภอไม่มีข้อมูลจาก รพ.สต. เพื่อวางแผนกำหนดเป้าหมาย

(6) สภาพเศรษฐกิจและสังคม ตาม พ.ร.บ. การกระจายอำนาจ การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้เป็นแบบสมัครใจและสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้วย อบจ. มีงบประมาณและศักยภาพการคลังดีกว่าหน่วยปกครองท้องถิ่นรูปแบบอื่น เนื่องจากมีรายได้สูงจากภาษีท้องถิ่น มีศักยภาพสนับสนุน รพ.สต. ได้มากกว่า มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์ จ้างบุคลากรและซ่อมแซมอาคาร ด้านสังคม มีสะท้อนว่า ประชาชนมีความเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมมาก ซึ่งได้ช่วยสนับสนุนให้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดกระทรวงใหม่ไม่ได้ส่งผลกระทบในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ยังมี อบต. ที่มีความพร้อมรับถ่ายโอน รพ.สต. แม้ว่าจะมีขนาดเล็ก มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลและพัฒนาโครงสร้างรวมถึงบุคลากรให้มีความก้าวหน้าได้เทียบเท่า อบจ. สำหรับจังหวัดที่มีโครงสร้างและกลไกในชุมชนที่มีอยู่เดิมมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพดี การถ่ายโอน รพ.สต. ไม่มีผลกระทบใด ๆ

(7) ความร่วมมือสนับสนุนของผู้มีนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า ระดับโรงพยาบาล ทุกโรงพยาบาลมีการมอบหมายผู้รับงานเป็นกลุ่มงาน โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน และโรคที่ต้องรายงาน มีกลุ่มที่รับมอบหมายเป็นกลุ่มงานการพยาบาลกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในระดับอำเภอ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มี สสอ. และโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประสานงานรวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ทั้งถ่ายโอนไม่ถ่ายโอนและหน่วยงานปฐมภูมิของโรงพยาบาล ยังคงมี รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่งไม่ขอรับการติดตามงานในการประชุม คปสอ. ขณะที่บางแห่งใช้ความผูกพันเช่นเดิม อบต./เทศบาล จัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน

การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า รพ.สต. ไม่ทราบแนวทางจากหน่วยเหนือ ความร่วมมือของ รพ.สต. ในการแจ้งและควบคุมโรคระบาดยังน้อย

(8) การติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ว่าราชการจังหวัดมีการประชุมผู้บริหาร อปท. ทุกเดือน เพื่อให้ข้อมูลเชิงวิชาการ รับฟังข้อมูลสะท้อนจากท้องถิ่นอำเภอ ซึ่งเป็นที่ปรึกษากองทุนสุขภาพตำบล มีการติดตามตัวชี้วัดของ อบต./เทศบาล ตามแบบประเมินประสิทธิภาพของ อปท. สสจ. ใช้ดิจิทัลในการติดตามงานการลดภาระและความซ้ำซ้อนของการรายงาน มีการตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อช่วยในการติดตาม เช่น NCD board ประชุมทุก 3 เดือน สสอ. ผลักดันงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้เข้าในวาระของ พขอ. และศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) มีการประชุม อสม. ทุกเดือน ติดตามงาน ผู้รับงานโรคร้าย ร่วมในการติดตามกำกับผลงานของ รพ.สต. ทุกแห่ง มี สสอ. ร่วมกันดูความสำเร็จในพื้นที่ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
1.ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย	1.สสจ. ได้รับนโยบายจากส่วนกลางที่ชัดเจนและกำหนดเป็นจุดเน้น 2.อบจ. มีนโยบายเน้นบูรณาการกับหน่วยงานสาธารณสุข	1.นโยบายจาก สสจ. ชัดเจน 2.งานอุบัติเหตุ ผลักดันใน พขอ. และ ศปถ.อำเภอ ใช้กองทุนตำบล	รับนโยบายจากท้องถิ่น จังหวัดและหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ ชัดเจน ในมาตรการ แนวทางปฏิบัติ	นโยบายจากส่วนกลาง/ สคร.ชัดเจน และเข้าร่วมในการประชุมรับคำสั่งแจงเป็นประจำ
2.สภาพทางการเมือง	การเมืองระดับประเทศและระดับพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค	การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด นโยบายจะเปลี่ยนตามสภาพปัญหา area based	การเปลี่ยนแปลงนายก อบต. ไม่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ควบคุมโรคมาก่อนแล้ว	ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการของกรมควบคุมโรค
3.ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	1.สคร.3 เป็นหน่วยงานระดับเขต รับนโยบายจากกรมควบคุมโรคส่งถึง สสจ. อบจ. 2.สสจ. ดูแลกำกับงานภาพรวม ยอมรับการถ่ายโอน 3.อบจ. มีการกำกับตรวจสอบจาก สตง.งานต้องตรงภารกิจ	1.สสอ. เป็นจุดเชื่อมงานระหว่างตำบลและจังหวัด ยังไม่สามารถทำตามบทบาทได้เต็มที่ 2.สสอ. ควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ยากขึ้นในพื้นที่ถ่ายโอน	1.อบต. สนับสนุนงานป้องกันควบคุมโรค ใช้กองทุนตำบล 2.รพ.สต. เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนงานสุขภาพ 3.รพ.สต. ถ่ายโอนเลือกปฏิบัติงานตามภารกิจก่อน	1.ผู้รับงานโรค สคร.3 ชี้แจงนโยบายจังหวัด มีตัวชี้วัดตรวจราชการ 2.รพ.สต. ถ่ายโอนไม่ไห้ สสอ. ติดตามงาน 3.รพ.สต. ผลงานต่ำกว่า หลังถ่ายโอน
4.การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ	1.สสจ. ได้รับการสื่อสารนโยบายจากการประชุม 2.สสจ. ประชุมถ่ายทอดตัวชี้วัด 3.อบจ./สสจ. มีข้อตกลงให้มีการปฏิบัติร่วมกัน 4.อบจ.ขอให้มีการสร้างกระบวนการในการสื่อสาร	1.สสอ. มีประชุมทุกเดือน รพ.สต. ถ่ายโอนส่งตัวแทนมาประชุม บางแห่งไม่มาประชุม ไม่ใช้หน่วยบังคับบัญชา 2.คณะกรรมการต่าง ๆ ที่มีในชุมชน รพ.	1.อบต. ไม่กระทำการถ่ายโอน สนับสนุนงาน เช่นเดิม ใช้กองทุนตำบล ถ่ายทอดแนวทาง วิธีปฏิบัติผ่านคณะกรรมการตำบล 2.รพ.สต. ยังคงให้ อสม. ปฏิบัติหน้าที่เช่นเดิม	1.ผู้รับงานของ สคร.3 จัดประชุมชี้แจงจังหวัด ถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลาง 2.ผู้รับงานของ สสจ. แจกหนังสือ/ขึ้นเว็บไซต์ e-สารบรรณ/แชทไลน์กลุ่ม/

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ (ต่อ)

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
5.ทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	ที่ชัดเจนระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนกับสาธารณสุข	สต. ถ่ายโอน ยังไม่ให้ความสำคัญ 3.ยังไม่ชัดเจนในข้อตกลง สสอ. และ รพ. สต.ถ่ายโอน	3.อบต.ให้ รพ.สต. เสนอโครงการของงบประมาณกองทุนตำบล ในการ	นำเสนอประชุม กวป. แจ้ง อบจ. ด้วย
	5.อบจ.ขอให้ สสอ. เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งใน การสนับสนุนงานของ รพ.สต.ถ่ายโอน 6.รพ.สต. ไม่มั่นใจว่าจะให้ สสอ.ติดตามกำกับงานเช่นเดิม	4.การสอบสวนโรคในพื้นที่ รพ.สต. ถ่ายโอนยังมีขั้นตอนการปฏิบัติมาก กรณีโรคระบาดล่าช้า	ประชุม มีนักวิชาการ สาธารณสุขดูแลโครงการ	โรคติดต่อที่มีการระบาดจะมีประชุม คณะกรรมการ รตต.
6.สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม	1.สสจ. บริหารทรัพยากร มีการ priority 2.จังหวัดมีการพิจารณาทรัพยากรผ่าน คณะกรรมการ กสพ. 3.อบจ. เริ่มชะลอการโอนย้ายงบประมาณที่อาจไม่เพียงพอ 4.อบจ. มีทรัพยากรไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายสูง 5.อบจ. บุคลากรไม่เพียงพอภาระงาน โดยเฉพาะบุคลากรวิชาชีพ มีข้อจำกัดในการสรรหาบุคลากรเพิ่มเติม	1.การขับเคลื่อนงานฯ ในอำเภอที่มี รพ.สต. ถ่ายโอน 100% พบว่านายอำเภอไม่สามารถขับเคลื่อนงานฯ ได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนจาก รพ.สต. 2.ทีมสอบสวนโรคในพื้นที่ ยังขาดศักยภาพในการสอบสวนหาสาเหตุ 3.มีการขาดแคลนพยาบาลที่ปฏิบัติงานเบาหวานความดัน ส่งผลให้การคัดข้อมูลไม่ครบ	1.รพ.สต. ขาดความรู้ในการสอบสวนควบคุมโรค กรณีมีการพบโรคใหม่ ๆ แม้ว่าจะผ่านการอบรมมาแล้วก็ตาม 2.นักวิชาการสาธารณสุขของ อบต.ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในงานป้องกันควบคุมโรค 3.รพ.สต. ถ่ายโอนปฏิบัติงานเช่นเดิม แต่ได้การสนับสนุนจากเครือข่ายปฐมนุฏิมูลดลง บางอย่างเป็นการยืมกัน	1.ต้องการระบบรายงานที่เป็น digital มากขึ้นในการใช้กำกับติดตาม ตรวจสอบความผิดปกติของเหตุการณ์ระหว่าง MIS จังหวัด และหน่วยงานอื่น 2.ขอให้ สคร.3 ร่วมกับ สสจ. ทบทวนเกณฑ์ /เงื่อนไขต่างๆ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน
	1.พ.ร.บ.การกระจายอำนาจ มีหลักเกณฑ์ให้กระทรวง สาธารณสุข ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ที่สมัครใจ 2.การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพได้ด้วยมีงบประมาณและศักยภาพการคลังดีกว่าหน่วยปกครองท้องถิ่นรูปแบบอื่น	อำเภอร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนในท้องถิ่นตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	1.มี อบต.พร้อมรับ รพ.สต.ถ่ายโอน แม้ว่าจะมีขนาดเล็ก มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด 2.จังหวัดที่มีโครงสร้างและกลไกในชุมชนที่มีอยู่เดิมมีขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพดี การถ่ายโอน รพ.สต. ไม่มีผลกระทบใด ๆ	-

ตารางที่ 3 กระบวนการนำนโยบายของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติ (ต่อ)

ประเด็นวิเคราะห์	ผู้บริหารจังหวัด	ผู้บริหารอำเภอ	ผู้บริหารตำบล	ผู้รับงานโรคและภัยสุขภาพ (PM: program manager)
7.ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ	1.อบจ.มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานตามแนวนโยบายนายก อบจ. 2.อบจ.ดูแลทั้งจังหวัดมีการสร้างเครือข่ายทำงานเป็นโซน	1.รพ.มีการมอบผู้รับงานเป็นกลุ่มงานดูแลการป้องกันควบคุมโรค 2.อำเภอมีคณะกรรมการคปสอ. ซึ่งมี สสอ. และรพ. เป็นพี่เลี้ยงให้กับรพ.สต.	1.รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่งไม่ขอรับการตามงานในการประชุม คปสอ. แต่บางแห่งเหมือนถูกตัดขาดการช่วยเหลือ 2.อบต./เทศบาล จัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน	1.รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปขาดพยาบาลในการดูแล NCD board 2.รพ.สต. ไม่ทราบการสอบสวนอุบัติเหตุ
8.การติดตามผลการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบาย	1.ผวจ.ประชุมผู้บริหารอปท. ทุกเดือน 2.สสจ. มีการติดตามงานโดยการประชุมทุกเดือน 3.สสจ. ใช้ดิจิทัลในการติดตามงานการลดภาระความซ้ำซ้อน 4.มีการตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อช่วยติดตาม เช่น NCD Board ประชุมทุก 3 เดือน	1.ท้องถิ่นอำเภอเป็นที่ปรึกษากองทุนสุขภาพตำบล มีการติดตามตัวชี้วัดของ อบต./เทศบาล ตามแบบประเมิน ประสิทธิภาพของ อปท. 2.สสอ. ผลักดันงานอุบัติเหตุให้เข้าในวาระของ พชอ./ศปถ. อำเภอ	1.มีการประชุม อสม. ทุกเดือน มีติดตามงาน 2.รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วแต่ยังคงทำตามแนวทางของ สสอ. เนื่องจากคำนึงประชาชนเป็นศูนย์กลาง	การติดตามกำกับผลงานของ รพ.สต. ทุกแห่ง ทำในนามเครือข่ายปฐมภูมิ มี สสอ. ร่วมกันดูความสำเร็จในพื้นที่

2. ผลการวิจัยด้านความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1 ผลลัพธ์ของการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศ (integrated information)

ทุกจังหวัดในส่วนของการทรวงสาธารณสุข มีความสำเร็จในการจัดตั้งและใช้งานบนระบบรายงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรค (รายงาน 506) แบบ real-time แสดงผลข้อมูลที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้ประโยชน์ได้ อบจ. ยังไม่มีฐานข้อมูลสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคภัยด้านการรายงาน 506 มีการรายงานข้อมูลโรคไม่ครอบคลุมทุกสถานพยาบาล โดยเฉลี่ยไม่ถึง ร้อยละ 90.00 และความทันเวลาในการส่งรายงานไม่ถึง ร้อยละ 80.00 โรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง มีการใช้ระบบ HDC (health data center) ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลข้อมูลที่สามารถให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นำไปใช้ในการชี้เป้าหมายและวางแผน ผลการดำเนินงานของสถานบริการในภาพรวมพบว่า การรายงานในระบบ HDC ผลการคัดกรองโรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง และการติดตามผู้ป่วย ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีการปฏิบัติงานแบบสหสาขาที่มีหน่วยงานร่วมมือกัน มีระบบรายงานข้อมูล 3 ฐาน ที่มีการแชร์ข้อมูลจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาล) กระทรวงมหาดไทย (ตำรวจ) และสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) อาจมีเพิ่มบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด นั้น ยังมีการใช้ไม่ต่อเนื่อง

2.2 ผลลัพธ์ของการบูรณาการระบบการสอบสวนโรค (investigation) มีทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ ทีมเหล่านี้ มีปฏิบัติงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งใน

ภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 มีทีม JIT 11 ทีม ทีม SRRT 55 ทีม และทีม CDCU 197 ทีม ช่วงปี 2566-2567 มีการสอบสวนโรคระบาดเกือบ 50 เหตุการณ์ มีกลไกในพื้นที่ที่ช่วยให้ควบคุมสถานการณ์โรคระบาดได้ คือ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในภาพรวมทีมสอบสวนสามารถปฏิบัติการได้ตามหลักวิชาการ แต่การจัดการทีมอาจต้องฝึกฝน สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พบว่า นโยบายของฝ่ายบริหาร ให้ความสำคัญกับการจัดการควบคุมโรคระบาดให้สงบโดยเร็ว กระทั่งต่อประชาชนให้น้อยที่สุด ตลอดจนประชาชนต้องได้รับข่าวสารการเกิดโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา รพ.สต.ในสังกัดทุกแห่ง มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ของอำเภอ (CDCU) สามารถปฏิบัติการสอบสวนโรคหากมีเหตุในท้องที่ของตนเอง แม้ว่าจะได้รับการพัฒนามาแล้ว รพ.สต.ยังขาดความรู้ความชำนาญในการควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมการระบาดในพื้นที่ไม่รวดเร็วเนื่องจากขั้นตอนการขออนุมัติจากผู้บริหารยังมีขั้นตอนมาก มีความรัดกุมในเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณตามระเบียบราชการ อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการสื่อสารนโยบายไปยัง รพ.สต.ถ่ายโอน ยังไม่ชัดเจน

2.3 ผลลัพธ์ของการบูรณาการติดตามและประเมินผล (monitoring & evaluation) พบว่าหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการติดตามในการประชุม ไลน์กลุ่ม video conference มี NCD board ประชุมทุก 3 เดือน ผลการติดตามงานพบว่า สสอ. ไม่สามารถติดตามให้ รพ.สต. รายงานความก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง บางอำเภอติดตามให้มีการรายงานโรคติดต่อแบบสัมพันธ์ภาพเดิม ใช้ระบบ digital เข้ามาใช้ในการติดตามงานทำให้เริ่มมีรายงานเข้ามาบ้าง โรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง ในการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ครอบคลุมการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ยังต้องเร่งรัดมี รพ.สต. ถ่ายโอนไม่ขอให้มีการติดตามงาน สำหรับอุบัติเหตุทางถนน ติดตามงานตามแนวทาง district road traffic injury (D-RTI) 9 กิจกรรม ผลงานของอำเภอติดตามในการประชุม พชอ. และศูนย์ความปลอดภัยทางถนน การรายงานโรคยังขาดการเชื่อมโยงกับ อบจ. แต่ยังสามารถใช้ข้อมูลที่มีควบคุมการระบาดได้ นอกจากนี้ มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ซึ่งได้มีแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทราบระหว่างหน่วยงานด้วย

2.4 ความสำเร็จการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคของ อสม. พบว่า อสม. มีอายุเฉลี่ย 52.22 ปี มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 35.48) รองลงมาอายุ 51-60 ปี และ 41-50 ปี (ร้อยละ 35.24, 29.95 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.10) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.38) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. เฉลี่ย 11.82 ปี จบการศึกษาชั้นสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 47.62) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวส.) (ร้อยละ 27.62) ความพึงพอใจในนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค ก) ด้านนโยบาย มาตรการ แนวทาง กิจกรรม ข) ด้านการจัดกิจกรรมในแผนงานโครงการของหน่วยงาน ค) ด้านการถ่ายทอดนโยบาย มาตรการ แนวทาง กิจกรรม และ ง) ด้านการวัดและประเมินผล ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการวัดและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ในเรื่องการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการรายงานโรคระบาด และการทำกิจกรรมป้องกันควบคุมโรครวมถึงการเข้าถึงบริการการป้องกันควบคุมโรค พบว่า การปฏิบัติจริงและการเข้าถึงบริการในโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และการเฝ้าระวังรายงานโรค อยู่ระดับดี

บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงวิเคราะห์นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค ในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นการวิเคราะห์นโยบายที่มีขั้นตอนสอดคล้องกันเป็นลำดับ 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดของเชียว ไกรนรา¹⁵ จากการที่กรมควบคุมโรคพบสัญญาณเตือนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนงานของกรมควบคุมโรคในช่วงปี พ.ศ.

2566-2567 ใน 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านการสอบสวนโรค และด้านการติดตามประเมินผล ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ครบถ้วนได้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ได้พบประเด็นที่มีส่วนผลักดันสนับสนุนให้นโยบายสำเร็จ ได้แก่ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย สภาพทางการเมือง และสภาพเศรษฐกิจสังคม และประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติ ความร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามผลการดำเนินงาน และทรัพยากรที่ใช้สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีข้อเสนอ 4 ทางเลือกในการปฏิบัติ คือ 1) ส่งเสริมให้มีจัดทำข้อตกลงความร่วมมือและแนวทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและรายงานโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 2) ถ่ายทอดข้อตกลงความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดทุกหน่วยเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน 3) บูรณาการงาน/กิจกรรมด้านข้อมูลสารสนเทศ ด้านสอบสวนโรคและด้านการรายงานโรคฯ ของหน่วยงานที่มีส่วนขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4) เร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3 จากนั้นให้มีการนำเข้าวาระในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จังหวัด (กสพ.) เพื่อให้มีการขับเคลื่อนระดับจังหวัดและมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเป็นเสมือนตัวขยายของนโยบาย เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรจำนวนมาก ตลอดจนความร่วมมือจากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับสุทธิชาติ เมืองปาน¹⁶ ศึกษาการนำนโยบายคนไทยไร้พุงไปสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล พบว่า การขาดการสนับสนุนงบประมาณ เป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้ งานวิจัยได้ พบว่า สสอ. ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมกำกับติดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจาก รพ.สต. ถ่ายโอนได้ แม้ว่าจะมีการทำบันทึกข้อตกลงแล้วก็ตาม มุมมองเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบการรายงาน 506 ลำช้าหรือไม่ส่งรายงาน ไม่บันทึกข้อมูลในระบบหรือล่าช้า ไม่สนับสนุนข้อมูลให้คณะกรรมการ พชอ. การออกสอบสวนโรคมียุ่งตอนมาก ออกพื้นที่ล่าช้า เช่น มาตราการ 331 ใช้เลือดออก มีขั้นตอนการส่งการตามระบบหน่วยที่สังกัด ข้อมูลคัดกรองโรคเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ยังมีการส่งข้อมูลไม่ครบทุกหน่วยบริการ และมีแนวโน้มการส่งข้อมูลลดลง ในปี 2567 สอดคล้องกับการศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ¹⁷ ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนฯ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.พ.ศ.2566 (ระยะ 2) พบว่า มุมมอง สสอ. พบความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลง การรับรองผลการปฏิบัติงานประจำเดือนของ อสม มีข้อจำกัดด้วยไม่สามารถส่งการให้ รพ.สต.ดำเนินการตามตัวชี้วัดสาธารณสุขได้ สสอ.ไม่มีบทบาทในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และมุมมองของ รพ.สต.ถ่ายโอน ยังพบว่า ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่มีผลต่อการจัดสรรเงินโดยเน้นการบันทึกข้อมูลในระบบ authentication และการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของศรวณีย์ อวนศรี และคณะ¹⁸ ศึกษาการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.ของประเทศไทย : ความก้าวหน้าและความท้าทาย พบว่า แม้ว่า รพ.สต.ถ่ายโอน ถูกกำหนดให้จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแต่กระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีหน้าที่กำกับติดตามประเมินงานในลักษณะเช่นเดิมได้ แต่จะมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการ สำหรับ รพ.สต.กับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ในการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง และคณะ¹⁹ ศึกษามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของ รพ.สต.ที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. พบว่า รพ.สต.ที่พร้อมจะถ่ายโอน ส่วนใหญ่คิดว่ามีความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิตกกว่าเดิม แต่การให้บริการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในช่วงเปลี่ยนผ่านจะให้ใช้ระบบแบบเดิมไปก่อน ในส่วนของ อบต. มีการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคผ่านกองทุนสุขภาพตำบล บางแห่งใช้งบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมายแม้จะมีการติดตามต่อเนื่องทุกเดือน การศึกษาของศิรวณีย์ ศรีหาภาค และคณะ²⁰ พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หลัง

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สู่ อบจ. พบว่า ระดับอำเภอและจังหวัดไม่มีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนฯ ข้อเสนอให้มีการปรับประกาศและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ออกแบบการกำกับติดตามงบประมาณและการดำเนินงานฯ ให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารใหม่ที่ รพ.สต. ไปสังกัด สำหรับ อบจ.มีกองสาธารณสุข ติดตามกำกับ รพ.สต. ที่อยู่ในกำกับ มีการแต่งตั้ง รพ.สต. แม่ข่าย ดูแล รพ.สต. ในเครือข่าย หน่วยงานภายนอกให้ประสานผ่าน รพ.สต. แม่ข่าย ก่อน ในด้านบุคลากร อบจ.มีเจ้าหน้าที่น้อย ความรู้ป้องกันควบคุมโรคน้อย การติดตามงาน การประเมินงาน ยังต้องขอร่วมไปกับสาธารณสุขสอดคล้องกับการวิจัยของจิรัตรม ศิริรัตนบัลล์ และคณะ¹⁷ พบว่า สำหรับ ในมุมมองของ อบจ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการบริหารจัดการบุคคล มีการจัดหาตัวแทนจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้เป็นตัวแทนในการประสานงานกัน ระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. ในมุมมองของ สสจ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการจัดบริการสุขภาพ ไม่สนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ถ่ายโอน ไม่ว่าจะจัดบริการจะทำในหรือนอก รพ.สต.

ข้อเสนอแนะ

เร่งสร้างข้อตกลงความร่วมมือ การบูรณาการภารกิจของหน่วยงาน การถ่ายโอนนโยบายไปยัง ผู้ปฏิบัติงานมุ่งในด้านข้อมูลสารสนเทศ การสอบสวนโรคและรายงานโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ระหว่างหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยและสาธารณสุข และเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงาน ที่นำนโยบายไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 3

References

1. Department of Disease Control. National action plan for prevention and control of diseases and health hazards, phase2, strengthening phase (2023 - 2027). Nonthaburi: Department of Disease Control;2024. (in Thai)
2. SriKaew C. Emphasizes that after the transfer of subdistrict health promoting hospital, services must meet standards. Ready to support the use of research and system development [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/77159> (in Thai)
3. Hfocus news agency takes an in-depth the health system. Summary of the route for transferring the mission of the Subdistrict Health Promotion Hospital to the Provincial Administrative Organization [Internet]. Bangkok: Hfocus news agency takes an in-depth the health system;2023 [updated 2023; cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374> (in Thai)
4. Strategy and Planning Division. The lesson learn management Transferring missions to the Chaloom Phrakiat 60th Anniversary Health Station, Nawaminthrachini and Health Promotion Hospital. In: Workshop management the transfer of missions to the Chaloom Phrakiat Health Station on the 60th Birthday of Navamindrachini and Songserm Hospital Subdistrict health to the Provincial Administrative Organization; 2023 Jan 16 – 17; Nakhon Rachasima: Subdistrict health to the provincial administrative organization; 2023. (in Thai)

5. Sirathranont J. Subdistrict Health Promotion Hospitals were transferred to provincial administrative organizations after finding that many were not ready in terms of personnel and budget [Internet]. Bangkok: Prachatai;2023 [updated 2023; cited 2024 May 5]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2023/12/107361> (in Thai)
6. Prompunjai P. Preliminary results transfer effect studies Subdistrict Health Promoting Hospital to the administrative system manage disease prevention and control in Thailand. Paper presented at Workshop Policy level (POLICY FORUM) on driving disease prevention and control of primary care units transfer case Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization (PAO); 2024 May 7; Bangkok. (in Thai)
7. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. Reduce crowding, reduce waiting, reduce sickness, reduce death, Health Area 3 (Diabetes Mellitus (DM) & Hypertension (HT). Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2024. (in Thai)
8. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. General information visit to Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province by the Director-General of the Department of Disease Control. Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2023. (in Thai)
9. Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province. 5 focus points DPC 3, executive committee meeting and evaluation. Nakhon Sawan: Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province;2023. (in Thai)
10. Khampaen D. Transferring the mission to prevent and control disease and health hazards to the Provincial Administrative Organization (PAO). Nakhon Ratchasima: Provincial Administrative Organization (PAO);2024. (in Thai)
11. Roopkhamdee W. Policy and planning. Documents for teaching basic subjects of social policy and planning institute of social technology (Krirk). Bangkok: Institute of Social Technology (Krirk);2000. (in Thai)
12. Division of Vaccine Preventable Diseases, Department of Disease Control. Survey of basic immunization and vaccination coverage among students 2018. Nonthaburi: Department of Disease Control;2018. (in Thai)
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row;1973.
14. Srisa-ard B. Basic research. 7th ed. Bangkok: Suwiriyan;2002. (in Thai)
15. Krainara C. 6 easy steps for successful policy analysis [Internet]. Bangkok: Central Regional Development Office, Office of the National Economic and Social Development Board;2013 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/255891028_6_khantxnngaysahrabkarwikheraahnyobay_6_Easy_Steps_for_Successful_Policy_Analysis_in_Thai (in Thai)

16. Muangpan S. The implementation of diet physical activity policy: a study in Khuandon District, Satun Province [dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University;2015. (in Thai)
17. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 2 Evaluation of impacts on health and health services by a retrospective cohort study and case studies. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2024. (in Thai)
18. Uansi S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. The transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to local government organizations: progress and challenges. J Health Syst Res [internet]. 2024 Sep 29 [cited 2025 Jun 8];18(3):314-30. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/1947 (in Thai)
19. Rongmuang D, Sukrungreung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Primary care service standards and readiness of sub-district health promoting hospitals transferring to the provincial administration organizations. J Health Syst Res [internet]. 2024 Sep 29 [cited 2025 Jun 8];18(3):331-50. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/j_hsr/article/view/1948 (in Thai)
20. Sihapark S, Lundputh S, Songsri C, Thaeochanthuek S, Nochit W, Dana K, et al. Developing a policy recommendations for the efficiency of the local health insurance fund after transferring the mission of the sub-district health promotion hospital to the provincial administrative organization. Khon Kaen: Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen;2024. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เป็นวารสารวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (peer review) อย่างน้อย 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งในด้านเนื้อหา นั้น ๆ และด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย กรณีที่บทความได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ ถือเป็นสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ มีข้อตรวจสอบสำคัญ ดังนี้

1. บทความที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์ที่วารสารอื่น
2. ผู้ที่มีรายชื่อในบทความทุกคนมีความเห็นตรงกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามา เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกผลงานวิชาการ (plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้อง
4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นตั้งของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาของบทความนั้นแล้ว

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ ผู้ นิ พันธ์ชื่อแรก (first author) หรือผู้ประพันธ์ บรรณกิจ (corresponding author) จะต้องพิจารณาและกรอกแบบตรวจสอบบทความ เพื่อลงตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (สำหรับผู้นิพนธ์) เพื่อยืนยัน ตามข้อ 1-4 ข้างต้น การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. บทความวิจัย (research articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นจากการศึกษาเชิงประจักษ์ เพื่อนำเสนอ ผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึง บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งรวมถึงการวิจัยชั้นเรียน (classroom research) และการวิจัยสถาบัน (institutional research) ทั้งนี้ งานวิจัย ควรได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของ สถาบัน องค์กร หรือหน่วยงาน

2. บทความวิชาการ (academic articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยที่ผู้นิพนธ์หยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ ทศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญและต้องนำเสนอข้อมูลทาง วิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้

3. **บทความปริทัศน์** (review articles) เป็นบทความที่รายงานการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยผู้นิพนธ์ได้มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง มีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบงานวิจัย สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่พร้อมข้อเสนอแนะ บทความปริทัศน์ ควรเสนอแนวคิดใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ หรือกระตุ้นให้เกิดการวิจารณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

4. **รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ** (independent studies) เป็นบทความที่รายงานเกี่ยวกับการพัฒนา นวัตกรรม การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือรายงานผู้ป่วย หรืออื่น ๆ

5. **บทความพิเศษรับเชิญ** (special invited articles) เป็นบทความที่ผู้นิพนธ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นมักเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษหรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงบทสัมภาษณ์พิเศษ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และบทวิจารณ์ที่ เกี่ยวข้องกับประเด็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนดผู้นิพนธ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ (Handing the Manuscript)

1. บทความภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช่ถ้อยคำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน ด้านซ้าย ด้านล่างและด้านขวา 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า ขนาด 16 ตัวอักษรต่อหน้า ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้า ตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของ กระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งต้องขึ้นต้น ด้วยอักษรใหญ่

1.1 ชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

1.1.1 ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัด ใช้ภาษาที่เป็นทางการและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไม่ต้องขึ้นต้นข้อความด้วยอักษรใหญ่ทุกคำ ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่ง ขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ตัวอย่างเช่น

ถูก ต้อง – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

ไม่ถูกต้อง – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงคำย่อของวุฒิการศึกษา ในการประกอบวิชาชีพและวุฒิการศึกษาสูงสุดเท่านั้น ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น **ที่สำคัญต้องระบุชื่อ และอีเมล (e-mail) ของผู้ประพันธ์บรรณกิจ (corresponding author)**

1.1.3 แหล่งทุนสนับสนุนวิจัย (ถ้ามี) (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างหน้าแรก)

1.1.4 ตำแหน่งของผู้พิมพ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์อยู่ขณะทำการวิจัย (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างในหน้าแรก) ดังตัวอย่าง

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก.....

** (ตำแหน่ง, ตำแหน่งทางวิชาการ) หน่วยงาน, สถาบัน.....

1.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา บทสรุปและข้อเสนอแนะ ไม่ควรเกิน 1,000 คำ (ภาษาไทย 500 คำ ภาษาอังกฤษ 500 คำ) ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ให้เขียนบทคัดย่อภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทย จะไม่ใช่ศัพท์ภาษาอังกฤษปนแต่แปลเป็นภาษาไทย หรือให้เขียนทับศัพท์ที่เป็นภาษาไทย และไม่ต้องวงเล็บคำเดิม

1.3 คำสำคัญหรือคำหลัก ระบุคำสำคัญ ใส่ไว้ในท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยให้ใช้ Medical Subject Headings (MeSH) และระหว่างคำ ให้ใช้เครื่องหมาย; สำหรับทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

1.4 บทนำ เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ให้ข้อมูลทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาอย่างกระชับ ลงท้ายด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

1.5 วิธีการวิจัย ชี้แจง 2 หัวข้อใหญ่ คือ เครื่องมือ และวิธีการวิจัย หัวข้อเครื่องมือให้บอก รายละเอียด สิ่งที่น่ามาศึกษา จำนวน ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่วิจัย ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ ในการวิจัย หัวข้อวิธีการวิจัยอธิบายรูปแบบแผนการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ใช้วิจัย วิธีการเก็บ ข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1.6 ผลการวิจัย แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนได้ใจความ ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก ควรบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง แผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายในเนื้อหาซ้ำอีกและไม่ควรมีตารางเกิน 3 ตารางหรือแผนภูมิ และมีการแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

1.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรเป็นคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วน โดยใช้ ตารางที่ ภาพที่ แผนภูมิที่ นำหน้า และเรียงเลขตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท กรณีที่ตารางหรือภาพมีข้อมูลเกินไปยังหน้าถัดไปให้ขึ้นชื่อภาพ ตารางใหม่อีกครั้ง ตามด้วย (ต่อ)

18. อภิปรายผลการวิจัย วิจารณ์ว่าผลการวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอย โดยปราศจากพื้นฐานอ้างอิงที่แน่นอน และให้จบบทความด้วยข้อยุติสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์

การวิจัยหรือไม่ให้ข้อเสนอแนะ ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือประเด็นคำถามการวิจัย สำหรับการวิจัยต่อไป

1.9 ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการกำหนด นโยบายการปฏิบัติงานตลอดจนการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

1.10 กิตติกรรมประกาศ มีเพียงสั้น ๆ แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.11 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver style คู่มือในการเขียนเอกสารอ้างอิงและต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษและต่อท้ายด้วย (in Thai) และต้องสะกดชื่อผู้นิพนธ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบจากเอกสารต้นฉบับให้ถูกต้อง

2. บทความภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ภาษาอังกฤษของอเมริกันทั้งฉบับ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน ด้านซ้าย ด้านล่างและด้านขวา 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร Times New Roman ขนาด 12 ตัวอักษรต่อนิ้ว ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1.5 เท่า ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้าตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

รายละเอียดของการเตรียมต้นฉบับอื่น ๆ ได้แก่ ชื่อเรื่อง คำสำคัญหรือคำหลัก วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย ข้อเสนอแนะ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ให้ใช้แนวทางเดียวกับการเตรียมบทความภาษาไทย

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย (research articles) ความยาว 15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) วิธีการวิจัย (methods) ผลการวิจัย (results) ตาราง ภาพ และแผนภูมิ อภิปราย (discussion) ข้อเสนอแนะ (suggestion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

2. บทความวิชาการ (academic articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) เป็นส่วนของเรื่องราวที่น่าเสนอ แบ่งเป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง ประเด็นย่อย โดย สอดแทรกแนวคิด ทศนคติ และแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ แหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ กระตุ้นผู้อ่าน ให้ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) กล่าวเพียงสั้น ๆ ถึง แหล่งที่สนับสนุนการศึกษาเท่านั้น เอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (review articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) ส่วนนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) นำเสนอการสังเคราะห์ผลจากรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับ เพื่อประมวลเป็นเนื้อหาสาระ หรือข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยต้องมีการเปรียบเทียบข้อสรุปของแต่ละการศึกษาว่ามีความสอดคล้อง กันหรือไม่ หากไม่สอดคล้องกันจะมีแนวทางทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนได้อย่างไรเป็นการแนะแนว ทางการวิจัยในอนาคตผู้นิพนธ์ต้องลำดับการเขียน แยกประเด็นหรือลำดับเหตุการณ์ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็น สำคัญ แนะนำการพัฒนางานวิจัยในอนาคต กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่นำมาอ้างอิง ใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้ามีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิม การใส่หมายเลขให้เรียงลำดับอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงลำดับตามอักษรของผู้นิพนธ์ ให้เขียนเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด สำหรับเอกสารอ้างอิงที่แปลมาจากภาษาไทย ให้ใช้ปี ค.ศ. แทน พ.ศ.

โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนี้ ให้สังเกตการใช้ เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ดังตัวอย่างการอ้างอิงแต่ละประเภทที่นำเสนอ ต่อไปนี้

1. บทความทั่วไป

1.1 ชื่อวารสาร

กรณี วารสารภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเต็มของวารสารที่เป็นภาษาอังกฤษ และสืบค้นได้ตาม Thajjo กรณี วารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อย่อตาม National Library of Medicine ตรวจสอบได้จาก <http://www.nlm.nih> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

1.2 ในกรณีที่ผู้นิพนธ์เป็นบุคคล ผู้เขียน 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน ถ้ามากกว่า ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วย et al.

1.3 กรณีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อเต็มเขียนอ้างอิง ดังนี้

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

1.4 กรณีไม่มีชื่อผู้นิพนธ์ เขียนอ้างอิงโดยใส่ชื่อเรื่องเป็นลำดับแรกได้ ดังนี้

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

1.5 ในกรณีที่วารสารที่อ้างอิงนั้น ยังไม่ได้จดทะเบียนคำย่อ ให้ใช้ชื่อเต็มโดยอนุโลม

Nikhrothanon Y, Lovichakorntikul P. Requirement for life insurance of LGBT persons in Thailand. *Journal of Accountancy and Management* 2024;16(4):2-23. (in Thai)

1.6 กรณีที่เรียงเลขหน้าเฉพาะในฉบับ ไม่ต่อกันไปตลอดปีที่ตีพิมพ์ ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In vitro enzymatic processing of radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998;55:697-701.

1.7 กรณีที่มีการเรียงตัวเลขหน้าต่อกันตลอดปีที่ตีพิมพ์ ไม่ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999;48:2-8.

1.8 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (supplement) ตัวอย่างนี้ แสดงว่าเป็น Volume 102 ฉบับเสริมที่ 1

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102(suppl 1):275-82.

1.9 กรณี เอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ ซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือบทความย่อ ให้แสดงชนิดของเอกสารภายในเครื่องหมาย [] ดังนี้

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

2. หนังสือ

ชื่อหนังสือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้น อักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะ

2.1 หนังสือที่ผู้นิพนธ์คนเดียว เขียนอ้างอิง ดังนี้

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์ จำนวน 2-6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

2.4 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม เขียนอ้างอิง ดังนี้

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.5 กรณีที่ผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิง ดังนี้

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

2.6 บทในหนังสือหรือตำรา เขียนอ้างอิง ดังนี้

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2.7 บทวิทยานิพนธ์แสดงเพียงแต่ชื่อมหาวิทยาลัยและเมือง สำหรับวิทยานิพนธ์ต่างประเทศ วงเล็บชื่อรัฐหลังชื่อเมือง ดังนี้

Kaplan SJ. Post hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ; 1995.

3. สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

3.1 บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (e-journal)

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):966-9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (e-book)

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from: EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 โฮมเพจ/เว็บไซต์ (homepage/website)

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 Apr 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

การส่งต้นฉบับ

ผู้นิพนธ์สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> เมื่อระบบได้รับบทความเรียบร้อยแล้ว ระบบจะส่งอีเมลแจ้งกลับอัตโนมัติให้ผู้นิพนธ์ และผู้นิพนธ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความได้ที่ระบบวารสารฯ โดยสามารถศึกษาการใช้งานได้จากคู่มือการใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ โดยดาวน์โหลดคู่มือฯ ได้ที่เมนูประกาศข่าวสาร (announcements)

กรณี มีข้อสงสัยเกี่ยวกับวารสารและการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อได้ที่ นางสาวชนัญชิตา อภิโชคหิรัญ ฝ่ายบริหารจัดการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 043-202435, 043-202407 ต่อ 117 โทรสาร 043-202435, 043-348301 หรืออีเมล journal.nu@gmail.com

ลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงานที่ตีพิมพ์ ห้ามผู้ใดนำบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพไปเผยแพร่ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ การนำบทความไปเผยแพร่ออนไลน์ การถ่ายเอกสารบทความเพื่อกิจกรรมที่ไม่ใช่การเรียนการสอน การส่งบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่อื่น ยกเว้นเสียแต่ได้รับอนุญาตจากวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Author guidelines

The *Journal of Nursing Science and Health* is a quarterly peer-reviewed journal of the Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand. The journal aims to publish high quality empirical studies and scholarly papers in the field of nursing and related health sciences. We accept both Thai and English manuscripts which have never been published elsewhere. These submitted manuscripts will be evaluated by at least 2 experts in the field for scientific merits, with double-blind review process. Once accepted and published, the manuscript copyright will be automatically transferred to the journal.

Manuscript preparation suggestions Manuscript submission for publication in the Journal of Nursing Science and Health, an author should check the essential items as follows:

1. Submitted manuscript has never been published elsewhere or in the process of publication in any journals.
2. All authors approved contents in the submitted article before publication submission.
3. No plagiarism on submitted manuscript, neither partial nor complete copying from other work and reference citation must be completely correct.
4. Regarding academic or research articles of graduate students, advisor's signature must be obtained to certify contents review and approval.

Remark: Online manuscript submission, first author or corresponding author must consider and fill in publication submission checklist form, Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (for author) to confirm the four essential items as above-mentioned, then an electronic submission system is completed.

Types of articles

The following five types of articles are published by the Journal of Nursing Science and Health:

1. Research articles (or original articles) are papers written to illustrate a clearly stated research question or hypothesis, which is tested empirically through the application of sound research protocol. The content presents background and rational of the study, objectives, design, theoretical framework, results, and discussion. This includes classroom research as well as institutional research. All human subjects research must receive approval from the IRB.

2. Academic articles are scholarly papers written by experts in academic or professional fields. It aims to analyze or criticize findings from previous studies on a topic as well as to formulate new concepts or theories based on existing research. They are excellent sources for finding out what has been studies or researched as well as to find updates on existing knowledge.

3. Review articles are written to systematically analyze or discuss research previously published by others. The authors will analyze, compare, summarize or classify current state of understanding on a particular topic they have been studied extensively. A review should propose new ideas or new knowledge, be thought provoking criticism on a particular topic.

4. Independent studies are articles report on the development of innovations, the application of evidence-based practice, including case study reports, and others.

5. Special invited articles are written by experienced authors to comment on special matters that are currently issues of interest. Special articles include exclusive interviews, expert opinions, analytical critique related to health. The editorial board reserves the right to determine qualified authors.

Manuscript preparation

1. Thai article

Thai language usage and writing an article that include foreign language terms, use terms that are in accordance with the guidelines set by the Royal Academic Institute. Using English word in sentences including abbreviation should be avoided. The manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). The page setup should include 40 mm (1.5 inches) for the top and left margins and 25 mm (1 inch) for the bottom and right margins. The font should be TH SarabunPSK (Thai language), 16-point size, with single spacing applied consistently. The manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

1.1 Title page

1.1.1 The title must be shorter than 100 characters, both concise and informative. Title of Thai articles must include both Thai and English. Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized, for example,

Correct – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

Incorrect – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 Authors' names must be both Thai and English. The authors' names should include abbreviation of their highest academic degrees, without academic titles. Authors should be listed in order of contribution to the paper beneath the title, including corresponding author's name and e-mail address.

1.1.3 Research grants/funding (if any) should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.1.4 Authors' affiliation, organization or institution while doing research should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.2 Abstract

The abstract should not exceed 1,000 words (Thai abstract 500 words, English abstract 500 words) and should contain objectives of the research, material and methods used, main findings conclusions and recommendations. Abstract should be structured in according to types of articles. Abbreviation should be avoided.

Thai abstract presents first, follows by English abstract. Thai abstract will not contain English words but translate into Thai or transliterate words of English to Thai, without typing English word in a parenthesis.

1.3 Keywords

The abstract must be followed by 3–5 keywords using Medical Subject Headings (MeSH) and separated by a semicolon (;) between English words."

1.4 Introduction

The introduction should be brief and indicates the essential background information and rationality of the study. Introduction should clearly state hypothesis or purpose statement and why the author deems it important.

1.5 Material and methods

Authors should provide concise but complete information for material and methods to enable other scientists to repeat the research presented, if needed. Details of materials (i.e. interventions, programs, and questionnaires), subjects' characteristics, sampling techniques, research protocol for data collection, and statistics used for data analysis should be clearly indicated.

1.6 Results

Data acquired from the research with appropriate statistical analysis described in the methods section should be included in this section. The results should describe the finding observed in according with research questions or hypothesis. Numerical data should be presented in tables and graphs. The same data/information given in the table must not be repeated in a figure or text. The total number of table and figures combined may not exceed 3.

1.7 Figures, tables, and charts

It is essential that all illustrated figures and tables are clear and legible. All figures and tables must have a clear and concise title. The numbering for tables, figures, and charts should be separated and follow a chronological order. Figures and charts should be prepared in black Indian ink on white art paper. If figures and charts are printed from a computer, they must be printed using a laser printer or plotter printer in black and white ink only.

1.8 Discussion

Discussion should relate to the results for current understanding of the scientific problems being investigated in the study. This section should include implications of the main findings and exploring possible mechanism or explanation for those findings and their limitations. The authors should compare the results with previous studies and then try to explain, with strong empirical evidence, why and how the different results have occurred. Finally, recommendations for future research and clinical practice could be given.

1.9 Implications

Suggest how the findings may be important for policy, practice, theory, and subsequent research.

1.10 Acknowledgement

Include only a brief description of grants or funding and any assistance.

1.11 References

Use Vancouver style. See details in the reference section. The reference list must be written in English. When translating Thai into English, insert the phrase “in Thai” in parentheses (in Thai). Authors’ names in English must be correctly spelled by checking an electronic database where the Thai author has published or by referring to the author’s affiliation website.

2. English article

Your manuscript must be written in clear, comprehensible American English. It must be prepared using Microsoft Word on single-sided A4 paper (216×279 mm). The page setup should include 40 mm (1.5 inches) for the top and left margins and 25 mm (1 inch) for the bottom and right margins. Times New Roman, 12-point font size, and single spacing should be used consistently. The manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

Other manuscript preparation details including title page, abstract, keywords, introduction, material and methods, results, figures and tables, discussion, implications, acknowledgement, and references use the same as Thai article preparation.

Article components

- **Research articles** Length of the article should be 15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations) Abstract, Keywords, Introduction, Material and methods, Results, Figures and tables, Discussion, Recommendations, Figures and tables, Acknowledgement, and References.
- **Academic articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definition. Contents: Should be divided into main-themes and sub-themes, incorporated with various concepts and perspectives based on empirical evidence and reliable sources. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and charts combined should not exceed 3) Conclusion: Clearly explain the main contents and highlight its importance and relevance for implications. Acknowledgement: A brief description of educational support. And References.

- **Review articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definitions. Contents: Present comprehensive results from systematic reviews of research previously published by others. The authors should summarize, evaluate and offer critical comments on the ideas and information that the authors present in the article follow by recommendations for future research. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and chart combined may not exceed 2) Conclusion: Wrap-up the main issue and suggest further research. Acknowledgement, And References.

References

The Vancouver style of referencing is used in this journal. In-text citation, references, must be cited by using superscript Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The first reference used in a written document is listed as 1 (¹) in the reference list. The superscript number is inserted into the document immediately next to the fact, concept, or quotation being cited. If citing more than one reference at the same point, separate the numbers with commas and no spaces between. Citation in Thai must translate into English and use AD instead of BE. Authors are responsible for the accuracy of cited references and these should be checked before the manuscript is submitted.

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized. Spacing and punctuation need to be congruent with the following recommendations:

1. Journal

1.1 Use standard abbreviations for journals as defined in *Index Medicus* (available via the National Library of Medicine at <http://www.nlm.nih.gov>). Do not use periods in abbreviations. If the journal is not listed in the National Library of Medicine, its name should be written out in full.

1.2 Author/Authors: List the names and initials of all authors. If there are more than six authors, list the first six followed by "et al."

1.3 Organization as Author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

1.4 Unknown author

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

1.5 If the abbreviated name of the referenced journal has not been officially recognized, the full name should be used accordingly.

Nikhrothanon Y, Lovichakorntikul P. Requirement for life insurance of LGBT persons in Thailand. Journal of Accountancy and Management 2024;16(4):2–23. (in Thai)

1.6 If the page numbers of each issue begin with page 1, include the issue number in parentheses.

Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In vitro enzymatic processing of radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998;55:697-701.

1.7 If each issue begins with the next consecutive page number from the last issue, do not include the issue number

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999;48:2-8.

1.8 Supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102(suppl 1):275-82.

This example indicates volume 102, supplement 1.

1.9 Editorial, letter, abstract are special columns, not considered as original article, indicating this citation in brackets [].

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

2. Book

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized.

2.1 One author

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 Two - six authors

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

2.3 More than 6 authors

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.

2.4 Editor as author

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.5 Organization as author

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

2.6 Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2.7 Thesis/Dissertation: Indicate only university and province, insert state in parenthesis after city if thesis/dissertation abroad

Kaplan SJ. Post hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3. Electronic material

3.1 E-journal

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):966-9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 E-book

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 Homepage/website

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 Apr 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collection-demographic.page>

Manuscript submission

The Corresponding Author: Submissions are accepted only online at <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>. An automatic reply will be sent to the author via email after submission. Once a manuscript is submitted, authors can track its status through the online tracking system. Please refer to the online submission manual available on the journal webpage at <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> (under "Announcements").

If you have any questions or require assistance with the submission process, please contact our editorial staff at

Journal of Nursing Science and Health
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Mauang, Khon Kaen province, Thailand 40002
Tel: + 66-43-202435, + 66-43-202407 ext. 117
Fax: + 66-43-202435, + 66-43-348301
Email: journal.nu@gmail.com

Distribution Rights:

The *Journal of Nursing Science and Health* holds the copyright for all published articles. Distribution of articles published in the *Journal of Nursing Science and Health*, including online sharing, photocopying for purposes other than teaching and learning, or submission for publication elsewhere, is prohibited without permission from the journal.

