

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2568 Volume 48 No.4 (October-December) 2025



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

เราไม่ใช่ผู้วิเศษ: สะท้อนความคิดจิตวิญญาณของพยาบาลไทยในศกใหม่

พยาบาลไม่ใช่ผู้วิเศษ
เราเคียงข้างผู้คนที่ทำด้วยใจ

มีขอบเขต มีใจ มีเลือดเนื้อเกื้ออาศัย
อุปสรรคใดๆ ขวางกั้นร่วมฟันฝ่า...

(จากเนื้อเพลง เราคือพยาบาล)

เรากำลังก้าวเข้าสู่ปีใหม่หรือเกลิงศกใหม่ 2569 เพื่อสะท้อนภาพความคิด จิตวิญญาณ ความหวัง ความปรารถนาของพยาบาลไทย ต่อปีใหม่ที่กำลังจะก้าวเข้ามา บทบรรณาธิการนี้ได้พัฒนาเนื้อหาจากความคิดเห็นของพยาบาล อาจารย์พยาบาล ทั้งอดีตและปัจจุบัน ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีประเด็นสำคัญตามลำดับ คือ 1) สันติภาพและความมั่นคงของชาติและประชาชนชาวไทย: พยาบาลเป็นวิชาชีพที่รองรับทุกวิกฤตของสังคมเพราะนอกจากจะเป็นพลเมืองที่ได้รับผลกระทบแล้ว ยังเป็นวิชาชีพที่ต้องออกแนวหน้าเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตนั้นโดยตรง จนหลายครั้งต้องสละชีพตนเองในภาวะวิกฤตนั้น ๆ จึงหวังให้สังคมและประเทศจะมีความสุขสงบปลอดภัย 2) สร้างความเป็นธรรมในการทำงานแก่พยาบาลทั้งในแง่เวลา ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในอาชีพ 3) ยุติความรุนแรงต่อพยาบาลทุกรูปแบบ พยาบาลคือคนธรรมดาที่มีเลือดเนื้อ เจ็บปวด หิวและเหนื่อยเป็น เพราะพยาบาลไม่ใช่ผู้วิเศษ 4) ร่วมมือกันสร้างระบบที่เป็นธรรมมากขึ้นสำหรับอนาคตพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการวางแผน และเสนอแนะการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่จะพัฒนาสวัสดิภาพการทำงานให้สมเหตุสมผล เป็นธรรมในอนาคตและเป็นความหวังในศกใหม่ จึงได้แต่หวังว่า จะมีผู้นำวิชาชีพฯ ในสภาการพยาบาล ช่วยทำให้ความหวังดังกล่าวเป็นจริงในอนาคตอันใกล้

ใกล้จะหมดปี 2568 และกำลังจะก้าวเข้าสู่ปี 2569 จึงถึงเวลาทบทวนไตร่ตรองและมองไปข้างหน้า พร้อมกับจินตนาการถึงอนาคตที่ดีกว่าร่วมกันตลอดปีที่ผ่านมา ขอแสดงความชื่นชมว่า เราพยาบาลต่างหยึดยืนอยู่แถวหน้าของการดูแลสุขภาพ ใส่ใจดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยความทุ่มเทอย่างเต็มที่ ท่ามกลางปัญหาท้าทายมากมาย อาทิ ปัญหาและความต้องการการดูแลในสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและระบบสุขภาพ แต่เรายังคงอดทน เข้าใจ เห็นใจ และมองเห็นทุกขัผู้รับบริการ พร้อมทั้งมีการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญ ในการเชื่อมโยงการดูแลจากบ้านถึงโรงพยาบาล และส่งกลับบ้านในชุมชนแบบไร้รอยต่อเพื่อให้มั่นใจว่า ทุกคนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยไม่คำนึงถึงความต่างด้านภูมิศาสตร์ หรือสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้จะช่วยให้เราสามารถมอบการดูแล ที่ตอบสนองความต้องการมีประสิทธิภาพและยึดผู้ป่วย-ครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะสถาบันการศึกษาพยาบาล มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 มีความภาคภูมิใจในการกิจสำคัญ คือ การผลิตและบ่มเพาะหน่ออ่อนพยาบาลรุ่นต่อรุ่น รวม 55 รุ่น ในปี พ.ศ. 2569 รวมถึงการผลิตพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาทุกระดับ ให้เป็นผู้นำในการเสริมสร้างความรู้ การคิดวิเคราะห์ การสร้างสรรค์ และมีหัวใจแห่งการบริการ-บริหารการพยาบาล สู่ความเป็นเลิศ ทางวิชาชีพ วิชาการ และจิตวิญญาณแห่งความร่วมมือ เพื่อนำไทยสู่สังคมสุขภาวะที่เปี่ยมด้วยความรอบรู้เท่าทันและยึดหยุ่น ในโอกาสนี้ มูลนิธิสายหยุดนิมิตวิภาตได้จัดทำบุญผ้าป่า เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลที่ยากไร้ ในวาระครบรอบ 55 ปี แห่งการก่อตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วย (ร่วมบริจาคได้ที่บัญชีมูลนิธิธนาการไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 5514523922)



ดังนั้น ในวาระเกลิงศกใหม่ที่กำลังมา ขอส่งพลังใจให้ผู้อ่าน ผู้เขียน ผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ ผู้บริหารทุกระดับและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านหยึดยืน “ยืนสู้” ด้วยหัวใจที่เปี่ยมด้วยความหวัง ศรัทธา พร้อมด้วยจิตเมตตา ขอให้ปีใหม่นี้นำพาทุกท่านและครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข มีสุขภาพ ปัญญาสมบูรณ์ และนำความสำเร็จมาสู่ทุกท่าน ดังปรารถนาด้วยเทอญ

ศาสตราจารย์ ดร.พว.ดารุณี จงอุดมการณ์
ในนามบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ
และทีมงานวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

We are not magicians: Reflections on the mindset and spirit of Thai nurses in a new era

Nurses are no magic saints, it's true,
Beside the people, hand in hand,

With limits, hearts, and flesh like you.
With caring hearts, we make our stand,

And find our way.... (From the lyrics, we are nurses.)

As we are stepping into the New Year 2026, this editorial aimed to reflect the thoughts, spirit, hopes, and wishes of Thai nurses for the year ahead. The content was drawn from the voices of nurses and nurse educators, both past and present, through social media. Their key messages could be summarized as follows: 1) The peace and security of the Thai nation and its people. Nursing is a profession that stands through every social crisis. Nurses are not only ordinary people who are affected by the crisis, but they are also the ones who must step forward and face it directly. Many times, nurses have to risk their own lives, and in some crises, they even lose them. Therefore, we aspire to a society and nation characterized by peace, security, unity, and the well-being of all people. 2) Create fairness in the nursing profession. Nurses need fair working conditions, including reasonable working hours, appropriate pay, and clear opportunities for career advancement. 3) Stop all forms of violence against nurses. Nurses are ordinary human beings with bodies and emotions - we can feel pain, hunger, and exhaustion. We are not superhuman. 4) Work together to build a fairer system for the future. Nurses should be part of planning and proposing systemic changes to develop reasonable and equitable working welfare for the future, and to offer hope in the new era, we can only hope that the professional leaders in the Nursing Council will help make this hope a reality in the near future.

As 2025 comes to an end and we welcome 2026, this is a time for reflection and looking forward with imagine for a better future together. Throughout the past year, we have shown great dedication as nurses, standing at the frontline of health care. We have cared for individuals, families, and communities with all our hearts - despite many challenges, such as the growing needs of an aging society, rapid technological changes, and shifts in health systems. Yet, we remain patient, understanding, and compassionate. We continue to innovate to meet people's needs and deliver better care.

Nurses are the key link that connects care from home to hospital and back to the community - ensuring smooth, continuous care for everyone, no matter where they live or what their economic or social status may be. By embracing innovation and digital technology, we can provide care that is responsive, efficient, and truly centered on patients and families. The Faculty of Nursing, Khon Kaen University, founded in 1971, takes pride in its mission to educate and nurture generations of nurses. By 2026, there will be 55 undergraduate nursing classes in operation, along with many postgraduate nurses at all levels. These nurses have become leaders in knowledge creation, critical thinking, creativity, and compassionate nursing leadership. Together, they are driving professional excellence and fostering a spirit of collaboration to build a healthy, knowledgeable, adaptable Thai society. On this occasion, the SaiyudNiyomwiphat Foundation organized a merit-making ceremony to support scholarships for underprivileged nursing students on the occasion of the 55th anniversary of the founding of the Faculty of Nursing, Khon Kaen University. (Donations can be made to the SCB Foundation account number 5514523922.)



As we celebrate the arrival of the New Year, we would like to send our warmest wishes to all readers, authors, distinguished experts, editorial board members, administrators past and present, and everyone involved. May you stand strong and keep moving forward with hope, faith, and kindness. May the New Year bring happiness, good health, wisdom, and success to you and your families.

Prof. Dr. Darunee Jongudomkarn, RN.
On behalf of the Editor, Editorial Board,
and the Journal of Nursing Science and Health Team

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความรับเชิญ

ครอบครัวไทยในยุค Next Normal: ในวิถีแห่งการพัฒนาเทคโนโลยีที่มาพร้อมกับความฉ้อฉลและกลโกง	1
ดาเรณี จงอุดมการณ์ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์	

บทความวิจัย

ความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของพยาบาลและผดุงครรภ์	13
แขวงคำม่วน สปป.ลาว	
แสงสวรรค์ ชัยอุทอน นิลุบล รุจิประเสริฐ	

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกแบบมีความชื้นสูงต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแล	28
กรรณิกา แสนแก้ว อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ประกายแก้ว ศิริพูล	

ผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง	46
ต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก	
กิติวัฒนา ศรีวงศ์ ธนัญฐรณ มัธยะจันทร์	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา	60
การรก และการผดุงครรภ์ ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง	
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพัทธ ชาญกล้า	

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี	73
ศิริวรรณ วณิชจันทร์สกุล พัทยา แก้วสาร เขมรัตน์ มาสิงบุญ	

ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยต่อความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรง	89
และความเป็นไปได้ ความพึงพอใจต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน	
สิทธิชัย คงพิรุณ ชัยคณเฑ์ แพรขาว	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา	105
ในจังหวัดปทุมธานี	
ณัชชา ตรีสุวรรณ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ พรนภา หอมสินธุ์	

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต	120
ขวัญหทัย เรียงโรส บุษบา สมใจวงศ์	

การรับรู้และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็ก	131
อายุระหว่าง 9-12 ปี	
กิต ทองพิลา เกตุรินทร์ บุญคล้าย กิตติพงษ์ พิณอพันธ์ อนุสร การะเกษ	
วรรณชาติ ตาเลิศ กรรณิกา เพ็ชรภักย์ พรสุดารัตน์ สมจิตร ภาณินยา ยมดิษฐ์	

สารบัญ (ต่อ)

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2568

บทความวิจัย

“กินได้ อยู่รอด” ประสพการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สุรรัตน์ สุขศรี ดวงเดือน รัตนเมงคกุล ขวาศุภร์ จันประเสริฐ นุชธิดา สมัยสงฆ์	145
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน ชนิกา วรสิขฐ อัมพรพรรณ ธีรานุตร สุพันธ์ อุ่นใจ	159
ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร่ บุบผาชาติ สุขจิรัง รัชชนก โคตรเจริญ วิวัฒน์ เหล่าชัย คุณญา แก้วกันคำ	175
ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน และการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุ อาทิตย์ สุวรรณ อรพรรณ โตสิงห์ มัตติกา ใจจันทร์ คชรัตน์ ปรัชล ฐิตานันท์ จิรัชชาวลวิทย์	190
ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภูมิชัย ตะโนนศรี นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ	204
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ นัธดา แก้วทองประคำ	218
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	234

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 48, Number 4, October-December 2025

Editorial

The column: An invited article

- Thai families in the next normal: Rising through an age of technology and trickery 1
Darunee Jongudomkarn Ladawan Panpanit

Research Articles

- Knowledge and attitudes towards pre-eclampsia care among nurses and midwives In Khammouane Province, Lao PDR 13
Sengsavan Xayouthone Nilubon Rujiraprasert
- Effects of the perceived self-efficacy promoting program among professional nurses based on clinical nursing practice guideline for hospitalized young children receiving heated humidified high flow nasal cannula therapy on knowledge, perceived self-efficacy and care behaviors 28
Khannika Saenkaew Atchariya Wonginchan Prakaikaew Siripoon
- The effects of an ethical principle applying program in simulation-based learning on ethical behaviors in pediatric nursing practice 46
Kitivadhana Sriwong Thanatthamon Matthayachan
- Factors related to stress among nursing students before maternal, infant and midwifery nursing practice at a higher education institution 60
Soiy Anusornteerakul Suphaphak Harnklar
- The effect of an advanced cardiac life support competency development program for registered nurses at Ratchaburi Hospital 73
Siriwan Wanitchansakun Pattaya Kaewsarn Khemaradee Masingboon
- Effects of patient triage documentation system on the relationship between severity levels and the feasibility and satisfaction with web application usage 89
Sitthichai Khongpirun Chatkhane Pearkao
- Factors related to binge drinking among female vocational students in Pathum Thani Province 105
Natcha Tresuwan Rungrat Srisuriyawet Pornnapa Homsin
- Predictors of quality of life among kidney transplant recipients 120
Kwanhathai Reangthaisong Busaba Somjaivong
- Perceptions and predictive factors of human papillomavirus vaccination behavior among parents of children aged 9–12 year 131
Sukit Thongpila Ketnarin Bunklai Gitipong Pinichpan Anusorn Karaket
Kannika Phetcharak Pronsudarut Somjit Chaniya Yomdith

Contents (cont.)

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 48 Number 4 October-December 2025

Research Articles

- “Kindai yoorod” (eating to survive) Experiences of food consumption among ovarian cancer patients receiving Paclitaxel and Carboplatin Chemotherapy : A phenomenological study** 145
Sutarat Sooksri Duangduan Rattanamongkolgul Thasuk Junprasert Nuchthida Samaisong
- Factors associated with decision-making regarding renal replacement therapy among patients with stage 4 and 5 chronic kidney disease: A mixed-methods systematic review** 159
Chanika Worasith Ampornpan Theeranut Supan Unjai
- The effects of a family-participatory self-care program on patients with chronic obstructive pulmonary disease at Phrae Hospital** 175
Bubpahchat Sukjirang Rakchanoke Kotcharoen Wiwat Laochai Kunnaya Kaewtankham
- The association between risk factors, sleep-related characteristics, excessive daytime sleepiness, and falls in older adults** 190
Artitaya Suwan Orapan Thosingha Mattika Chaichan Kacharat Prechon Thithanan Jirachatchawanwit
- Effectiveness of health literacy programs with "health coaches" and social support to promote exercise behaviors among village health volunteers** 204
Phumichai Tanonsri Natnapa Heebkaew Patchasuwan
- Development of a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis through a healthcare network of Khlongthom District, Krabi Province** 218
Nustada Kaewtongprakam
- Instructions for Authors** 234

ครอบครัวไทยในยุค Next Normal: ในวิถีแห่งการพัฒนาเทคโนโลยีที่มาพร้อมกับความฉ้อฉลและกลโกง*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.** ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

บทความนี้รับเชิญนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการนำเสนอผลงานวิจัยและวิชาการในที่ประชุมวิชาการ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหัวใจในยุค Next Normal ในบริบทสังคมไทย

ซึ่งเป็นยุคที่เกิดขึ้นหลังการที่โควิด 19 ระบาดอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้คนและครอบครัวในสังคมในทุกบริบทพื้นที่ของโลก ต้องปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่ เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค และเมื่อเวลาผ่านไปสังคมได้พัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือใหม่ ๆ รองรับในสิ่งที่สังคมต้องการให้เกิดคุณภาพชีวิต รับประกันความปลอดภัยในชีวิต กลายเป็นสังคมที่เข้าสู่ยุค Next Normal ที่มีการใช้เทคโนโลยีและเคยชินกับสังคมออนไลน์ รวมถึงมีการพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้คนอยู่ดี มีสุข ท่ามกลางความเสี่ยงทางสุขภาพ

ในที่นี้ ได้มีการนำเสนอความรู้ทางวิชาการตั้งแต่ในสถานการณ์สุขภาพปกติ ต่อมาเป็นโรคภัยแบบวิกฤต เฉียบพลัน จนถึงเรื้อรัง การเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เหลือยู่ดูแลกันจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะต้องดูแลทั้งสมาชิกครอบครัวทุกคนอย่างมีคุณภาพ ผ่านการช่วยเหลือในการทำบทบาทดูแลครอบครัวที่คำนึงถึงหัวใจครอบครัวเป็นสำคัญ ด้วยหัวใจของพยาบาลผู้ให้บริการ ด้วยการสังเคราะห์ชุดข้อมูลที่ได้จากการนำเสนอความรู้และวิจัยหลายชุด จนได้ผลลัพธ์เป็นความรู้ใหม่ที่อาจเป็นจุดเริ่มต้นสู่การวิจัยต่อ และอาจได้ผลลัพธ์เป็นความรู้ใหม่ในอนาคต เป็นชุดความรู้ที่นำไปสู่การประยุกต์ใหม่ ๆ ซึ่งนำเสนอเป็นบทเรียนแล้วเขียนเป็นบทความ เป็นข้อสรุปในที่นี้ อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ของสังคมมาพร้อมกับการฉ้อฉลกลโกงของมิฉฉาชีพในหลากหลายรูปแบบด้วยซึ่งต้องพัฒนาให้ผู้คนและพยาบาลในฐานะผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพต้องเรียนรู้ให้รอบรู้และเท่าทันกลโกงเหล่านี้

คำสำคัญ: การพยาบาลที่ดูแลด้วยหัวใจครอบครัวในยุค Next Normal ความรู้สู่การปฏิบัติ บริบทสังคมไทย สังเคราะห์และสรุปความรู้

*ดัดแปลงจากเอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลครอบครัว 2568 19-20 กันยายน 2568 ณ โรงแรมเอ็อนตันนุ่น จังหวัดขอนแก่น

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

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Thai families in the next normal: Rising through an age of technology and trickery*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.** Ladawan Panpanit Ph.D.***

Abstract

This invited article aimed to analyze, synthesize, and summarize key substance gained from research and academic presentations at a family nursing conference on caring for patients and families with “heart” in the Next Normal era, within the Thai social context.

The “Next Normal” refers to the period following the severe COVID-19 outbreak, which forced people and families around the world to adapt to new ways of living to prevent the spread of the disease. Over time, societies have developed new tools and technologies to support these changes, improve quality of life, and ensure safety. This has led to a technology-driven, online-based society where innovation plays an important role in helping people live healthier and happier lives despite ongoing health risks.

The family nursing academic presentations covered a wide range of health situations from normal conditions to critical, acute, and chronic illnesses - including end-of-life care. The focus was on providing quality care for all family members, supporting their caregiving roles with a family-centered and compassionate approach, driven by the heart of nursing. By synthesizing data and knowledge from multiple research studies and presentations, this article presented new insights that could serve as a starting point for future research. These findings could also be applied in practical ways to improve care. The lessons learned have been summarized and written into this article. However, it was important to note that technological changes and developments in society often came with various forms of scams and fraud. Therefore, people - including nurses as health care advisors-needed to be well-informed and stay alert to these deceptive tactics.

keywords: family-centered nursing with heart, next normal era; knowledge into practice; Thai social context; knowledge synthesis and summary

*Adapted from the proceedings of the Family Nursing Academic Conference 2025, held on September 19–20, 2025, at Huan Ton Noon Hotel, Khon Kaen Province.

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

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

บทนำ

"ปรับโตเป็นดอกบัว"

วิถีการดำเนินชีวิตของคนอีสาน มีผญา หรือปรัชญาชีวิตสอนใจผู้คนในบริบทว่า ให้เรียนรู้ปรับตัว ได้เปรียบเหมือนดอกบัวที่สามารถยืดก้านขึ้นเพื่อรับแสงตะวัน คือ ให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับทุกสถานการณ์ ดังดอกบัวที่อยู่ได้ทั้งในน้ำและบนบก ดังนั้น เมื่อผ่านการผจญภัยอันตรายจากการระบาดของโควิด 19 แล้ว ยิ่งตอกย้ำให้เห็นความสำคัญของการ “รู้อยู่และอยู่อย่างผู้รู้” คือ เป็นผู้ที่ไม่แสวงหาความรู้เพื่อให้ตนเองและครอบครัวอยู่ให้รอดและปลอดภัย “อยู่ให้เป็น เย็นให้ได้” นั่นเอง

เมื่อมนุษย์เกิดมาสู่โลก ส่วนใหญ่คงเป็นวาระแห่งความยินดีที่สมาชิกครอบครัวต่างยิ้มหัว แสดงการต้อนรับชีวิตตัวน้อยสมาชิกใหม่แห่งครอบครัว แต่อีกซอกมุมที่เร้นตาคนยังมีทารกไร้เสียงสาจำนวนหนึ่งที่โชคร้ายเกิดมาท่ามกลางความไม่พร้อมของพ่อแม่ และสิ่งแรกที่ทารกมองเห็นโลก คือ กองขยะ!!! มีเหล่าสมาชิกตัวเล็กตัวน้อย มดแมลงที่ไต่ตอมรอบตัวต้อนรับ ด้วยเหตุนี้ ครอบครัวจึงเป็นทั้งแหล่งประโยชน์ และแหล่งความกดดันที่เกิดขึ้นต่อทุกชีวิต จึงมีคำถามที่แฝงแง่คิดติดตัวมา คือ “แม้เราไม่สามารถเลือกเกิดได้ แต่เราสามารถเลือกการสนองตอบต่อผลกระทบที่ตามมาได้” ทั้งนี้ พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สังคม) วิชาชีพหนึ่ง พยาบาลผู้ต้องทำหน้าที่ดูแลบุคคลด้วยหัวใจครอบครัวให้อยู่เย็นเป็นสุข อย่างยั่งยืนในสถานการณ์ปัจจุบันที่สังคมไทยเปลี่ยนผ่านจากภาวะ new normal มาสู่ภาวะ next normal ซึ่งการประชุมการพยาบาลครอบครัว ประจำปี 2568 ได้คัดสรรสถานการณ์ครอบครัว 4 กลุ่ม สถานการณ์ตามวงจรปัญหาสุขภาพ คือ สถานการณ์กรณี 1) ครอบครัวยังมีสุขภาพปกติ 2) ครอบครัวมีภาวะวิกฤต เช่น มีสมาชิกติดยาเสพติด 3) ครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง และ 4) ครอบครัวดูแลสมาชิกในระยะท้าย (ของชีวิต)

หลังการระบาดใหญ่ของโควิด 19 สังคมมีการคลี่คลายเคลื่อนย้ายเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์ new normal ไปสู่ next normal โดยสังคมมีการปรับตัวเกิดวิถี next normal ในหลากหลายมิติ กล่าวคือ เน้นการปรับตัวสู่ความทันสมัยผ่านเทคโนโลยี เพื่อให้ลดการสัมผัสเพิ่มการใส่ใจในความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ความเป็นเอกลักษณ์และการสร้างสรรค์นวัตกรรม ยังคงยึดมั่นในหลักการการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมที่แข็งแกร่ง¹ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างและพฤติกรรมของครอบครัวไทยอย่างลึกซึ้ง การดำรงชีวิตไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป ครอบครัวต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลสุขภาพในทุกมิติ ไม่เพียงแต่เน้นการดูแลสุขภาพของปัจเจกบุคคล แต่ต้องขยายขอบเขตไปถึงการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว อย่างยั่งยืนด้วยหัวใจของการพยาบาลที่เน้น “ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” (family-centered care)² ซึ่งในที่นี้ ผู้เขียนไม่ขอกล่าวถึงแนวคิดการพยาบาลครอบครัวแบบอื่น ๆ ที่มีความเฉพาะทาง อาทิ การพยาบาลครอบครัวที่ยึดระบบครอบครัวเป็นหน่วยวิเคราะห์ และหน่วยรับบริการการพยาบาล²

สำหรับการพยาบาลที่ดูแลด้วยหัวใจครอบครัวเป็นการพยาบาลที่เน้น “ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” เปิดกว้างให้ใช้ได้ในทุกสาขาและบริบท มีหลักการ คือ การเน้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว เน้นถึง 1) เคารพความแตกต่างของสมาชิกครอบครัว 2) มีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง จริงใจ 3) พยาบาลทำงานร่วมกับครอบครัวในฐานะหุ้นส่วนการดูแล 4) สนับสนุนให้ครอบครัวพัฒนาความรู้ความสามารถ (enable) 5) เสริมพลังอำนาจสมาชิก (empower) เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน 6) จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาฟื้นฟูให้ฟื้นหาย และ

7) ทั้งปวงนี้ภายใต้การเอื้ออำนวย (facilitate) กิจกรรมโดยพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพ²

วัตถุประสงค์

บทความนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปสาระสำคัญที่ได้จากผลงานวิจัยและวิชาการจากเวทีประชุมวิชาการในบริบทสังคมไทย

วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์สาระวิชาการในที่ประชุม

ใช้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (และเชิงปริมาณ-ถ้ามี) โดยตั้งคำถามต่อผลลัพธ์ที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เพื่อนำเสนอผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด แล้วสังเคราะห์ชุดข้อมูลเชิงคุณภาพทุกหัวข้อ เพื่อตอบคำถามที่กำหนด และได้ผลลัพธ์เป็นความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 1



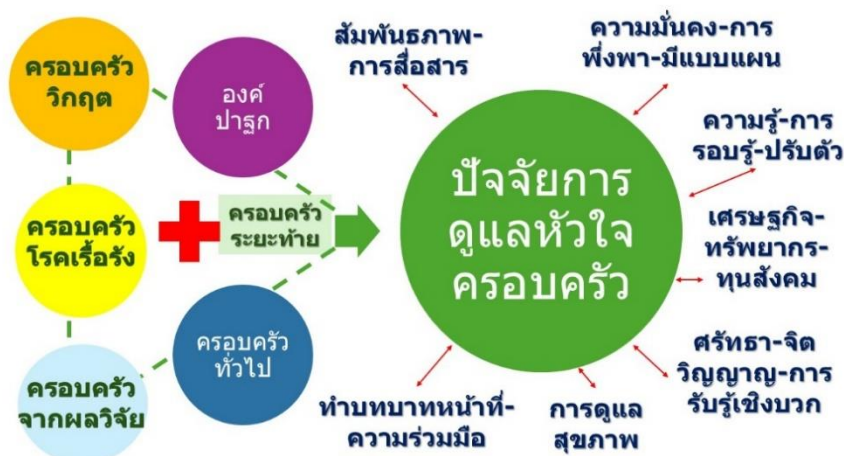
รูปที่ 1 แสดงวิธีการสังเคราะห์ข้อมูลที่น่าสนใจในเวทีประชุมวิชาการ³

ทั้งนี้ ผลของการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data synthesis) ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประสบการณ์ผู้สังเคราะห์ จินตนาการ ตรรกะ พลังสร้างสรรค์ รวมถึงความร่วมมือ ความศรัทธาของสมาชิกที่ร่วมปฏิบัติการ ด้วยการอ่านเนื้อหาเอกสารประกอบการประชุมวิชาการทุกส่วนที่ปรากฏ ร่วมกับการฟังข้อมูลที่น่าสนใจด้วยวาจาในที่ประชุม แล้วสกัดคำสำคัญออกมา หาคำสำคัญร่วม รวมกลุ่มคำ ร่างภาพแผนภูมิความคิด ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบชั่วคราวก่อนการตรวจสอบด้วยวิธีการวิจัยในอนาคต³

ผลการสังเคราะห์ “ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบการพยาบาลด้วยหัวใจครอบครัว”

ผลการสังเคราะห์ได้ข้อสรุปแบบชั่วคราวว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของแนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจครอบครัว มีจุดเน้น คือ การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญแก่การประเมินสภาพทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้งให้ทะลุถึงจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ฟังด้วยความเข้าใจ (empathic listening) สร้างความร่วมมือกัน กำหนดเป้าหมายการดูแล และการส่งเสริมความเข้มแข็งภายในครอบครัว (family resilience) เพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ ในยุค next normal ได้อย่าง

มีพลัง ซึ่งมีปัจจัยร่วมในการดูแลหัวใจครอบครัว จากการนำเสนอภาพปรากฏการณ์ตามระยะสุขภาพที่คัดสรร 4 สถานการณ์ภาวะสุขภาพ ได้ดังนี้ 1) สัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) ความมั่นคง การพึ่งพา และการมีแบบแผน 3) ความรู้ การรอบรู้ การปรับตัว 4) เศรษฐกิจ ทรัพยากร มีทุนทางสังคม 5) ศรัทธา จิตวิญญาณ การรับรู้เชิงบวก 6) การดูแลสุขภาพ และ 7) การทำบทบาทหน้าที่ ความร่วมมือ



รูปที่ 2 ร่างภาพแผนภูมิความคิดซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบชั่วคราวก่อนการตรวจสอบด้วยวิธีการวิจัยในอนาคต

สถานการณ์ครอบครัวยังมีสุขภาพปกติ

ระยะนี้ครอบครัวยังไม่แสดง needs ของปัญหาอย่างชัดเจน บางครอบครัวอาจต้องเผชิญกับภาวะท้าทายต่าง ๆ จนนำไปสู่การเกิดภาวะเครียดสะสม มีปัจจัยองค์ประกอบที่เป็น action needs ของการดูแลหัวใจครอบครัว คือ ต้องการส่งเสริมให้เกิดด้านต่าง ๆ คือ 1) สัมพันธภาพและการสื่อสาร เช่น การทำกิจกรรมจัดทำกลุ่มสนับสนุนออนไลน์ (online family health coaching) ในเรื่องต่าง ๆ ที่ตรงกับปัญหาความต้องการของครอบครัว การจัดการให้ครอบครัวนัดทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นการสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงาน (work-life balance) ด้วย 2) การมีความมั่นคง การพึ่งพา และการมีแบบแผนในครอบครัว จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัยที่ครอบครัวมีให้และเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยที่สุดในชีวิต 3) ความรู้ ความรอบรู้ การปรับตัว มีการแสวงหาความรู้ ข้อมูล มีความสามารถในการใช้สื่อ เทคโนโลยี และมีการเข้าถึงดิจิทัล (digital) มีการแสวงหาแหล่งสนับสนุน (resources- support system) 4) เศรษฐกิจ ทรัพยากร มีทุนทางสังคม 5) มีศรัทธา จิตวิญญาณ การรับรู้เชิงบวก ควรสนับสนุนให้ครอบครัวมี สุขภาพกาย ใจ จิต และจิตวิญญาณ ดี คิดบวก แบบเป็นองค์รวม 6) การดูแลสุขภาพ การจัดทำแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ ในครอบครัวมีการเตือนให้ตรวจสุขภาพตามตารางนัด และ 7) การทำบทบาทหน้าที่ มีความยืดหยุ่นต่อบทบาท (flexible) ต้องให้ความร่วมมือในการแก้ไขสถานการณ์ เช่น จากพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของสมาชิก จากเศรษฐกิจ จากสภาพการทำงาน จากความสัมพันธ์เป็นปัญหาระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิด ประเด็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญและรับมือกับปัญหา (coping) ได้

สถานการณ์ครอบครัวมีภาวะวิกฤต เช่น สมาชิกติดยาเสพติด

เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตบางอย่างซึ่งอาจเป็นสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามกรอบจารีตของสังคมไทย มีปัจจัยองค์ประกอบที่เป็น action needs ของการดูแลหัวใจครอบครัว คือ

1) สัมพันธภาพและการสื่อสาร ในสถานการณ์เช่นนี้ มักก่อให้เกิดครอบครัวมีความรู้สึกกละอาย วิตกกังวล และ ไม่ไว้วางใจระบบบริการสุขภาพ มีจุดเน้นสำหรับครอบครัวที่ต้องได้รับการสนับสนุน คือ สมาชิกครอบครัว มีความเครียดความกดดันสะสมรุนแรง จึงต้องสร้างทักษะการเผชิญและรับมือกับปัญหา (coping) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มทักษะการสื่อสารทางบวก (communication) 2) ความมั่นคง การพึ่งพา และการมีแบบแผน 3) ความรู้ การรอบรู้ การปรับตัว ครอบครัวกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์ที่เสี่ยง เปราะบาง แตกแยกได้ง่าย จึงควรส่งเสริมให้เกิดการแสวงหาความรู้ ข้อมูล มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (literacy) 4) เศรษฐกิจ ทรัพยากรมีทุนทางสังคม 5) ศรัทธา จิตวิญญาณ การรับรู้เชิงบวก 6) การดูแลสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีและ digital การเรียนรู้ที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ (seeking support) และ 7) การทำบทบาทหน้าที่ความร่วมมือ

การพยาบาลกลุ่มเสี่ยงและวิกฤตในยุค next normal นี้ควรใช้แนวคิด Trauma-informed care และการดูแลแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental care) การประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว (family strengths assessment) มุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพจิต สุขภาพกาย-ใจ จิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม ส่งเสริม การสื่อสาร การฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว และ การส่งต่อ เครือข่ายช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพและสังคม

สถานการณ์ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง

สถานการณ์ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกือบทุกครอบครัวจึงต้องรับมือกับ ปัญหานี้ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จนถึงผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัวเหล่านี้จึงต้องเผชิญกับความเหนื่อย ลำและภาวะหมดไฟของผู้ดูแล มีปัจจัยองค์ประกอบที่เป็น action needs ของการดูแลหัวใจครอบครัว คือ 1) สัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) ความมั่นคง การพึ่งพา และการมีแบบแผน 3) ความรู้ การรอบรู้ การปรับตัว 4) เศรษฐกิจ ทรัพยากร มีทุนทางสังคม 5) ศรัทธา จิตวิญญาณ การรับรู้เชิงบวก 6) การดูแลสุขภาพ และ 7) การทำบทบาทหน้าที่ ความร่วมมือ การพยาบาลในยุค next normal ควรสนับสนุนอะไรได้บ้าง ภายใต้ action needs ของการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง คือ การเข้าถึง digital การจะต้องปรับตัวรับมือต่อปัญหา รายวันของผู้ป่วย (coping) มีความไม่แน่นอนที่จะเกิดความเสี่ยงมากมายที่ต้องฝึกใจให้ยืดหยุ่น (flexible) ดังนั้น การพยาบาลที่ให้ มีความจำเป็นต้อง ทราบวิธีแสวงหา ความรู้ ข้อมูลเพื่อให้เกิดความรอบรู้ (literacy) รวมถึงการแสวงหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือ (resources-support system) แต่ละครอบครัว ต้องให้สมาชิก มีความร่วมมือดูแลกันแบบมีส่วนร่วมเกิดการดูแลแบบร่วมมือ (collaborative care) กระบวนการมีส่วนร่วม ในการฝึกทักษะการดูแล (caregiver training) และให้เกิดการเชื่อมโยงบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาล/ หน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน (hospital-community linkage)

สถานการณ์ครอบครัวดูแลสมาชิกในระยะท้าย

ในการดูแลหัวใจครอบครัวในสถานการณ์ที่ครอบครัวดูแลสมาชิกใกล้เสียชีวิต การดูแลเน้นแบบ ประคับประคองในบริบทครอบครัวไทย เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัว มักกลายเป็นผู้ดูแลหลักการดูแลเช่นนี้ มิใช่เพียงการดูแลร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังรวมถึงการดูแล จิตใจทั้งของผู้ป่วยและของครอบครัวเอง มีปัจจัยองค์ประกอบที่เป็น action needs ของการดูแลหัวใจ ครอบครัว คือ 1) สัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) ความมั่นคง การพึ่งพา และการมีแบบแผน 3) ความรู้ การรอบรู้ การปรับตัว 4) เศรษฐกิจ ทรัพยากร มีทุนทางสังคม 5) ศรัทธา จิตวิญญาณ การรับรู้เชิงบวก 6) การดูแลสุขภาพ และ 7) การทำบทบาทหน้าที่ ความร่วมมือ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างมีศักดิ์ศรี มีความหมาย และเป็นช่วงเวลาที่เกิดคุณค่าในความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

การประชุมครั้งนี้เราใช้คำสำคัญว่า “การพยาบาลที่ดูแลด้วยหัวใจครอบครัว” ซึ่งเมื่อพิจารณาคำนี้แล้ว เข้ากับสถานการณ์การดูแลระยะท้ายเป็นอย่างยิ่ง โดยความหมายของการดูแลหัวใจครอบครัวในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีคุณค่า มีความหมาย แสดงออกซึ่งความรัก ความผูกพัน การให้อภัย และการอยู่ร่วมกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งประกอบด้วย action needs สำคัญ 3 เรื่อง คือ การใช้เวลาร่วมกันที่สังคมไทยเรามักบอกว่าดูใจกันก่อนจาก (time together) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน (seeking support) และ การสร้างระบบกลไกในการสนับสนุนการดูแลระยะท้ายที่บ้าน (resources- support system) นอกจากนี้ ยังมีมิติการดูแล อีก 3 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) มิติความสัมพันธ์ ความเข้าใจการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา และการให้อภัย 2) มิติทางจิตวิญญาณ การทำใจยอมรับการสูญเสีย การสร้างความหมายจากความทุกข์ และการเตรียมตัวในการจากลา 3) มิติการสนับสนุน การดูแลกันทางกายภาพและอารมณ์ และการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมและการแพทย์

การดูแลระยะท้ายที่บ้าน ไม่เพียงแต่ลดความทุกข์ทางกายของผู้ป่วย แต่ยังสร้างความสัมพันธ์แน่นแฟ้น ในครอบครัว เป็นช่วงเวลาแห่งการดูแลกัน เป็นช่วงเวลาแห่งการเยียวยาและให้อภัย ซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) และการดูแลแบบประคับประคองเชิงจิตวิญญาณ

ข้อสรุป แนวทางการดูแลหัวใจครอบครัวในระยะท้าย

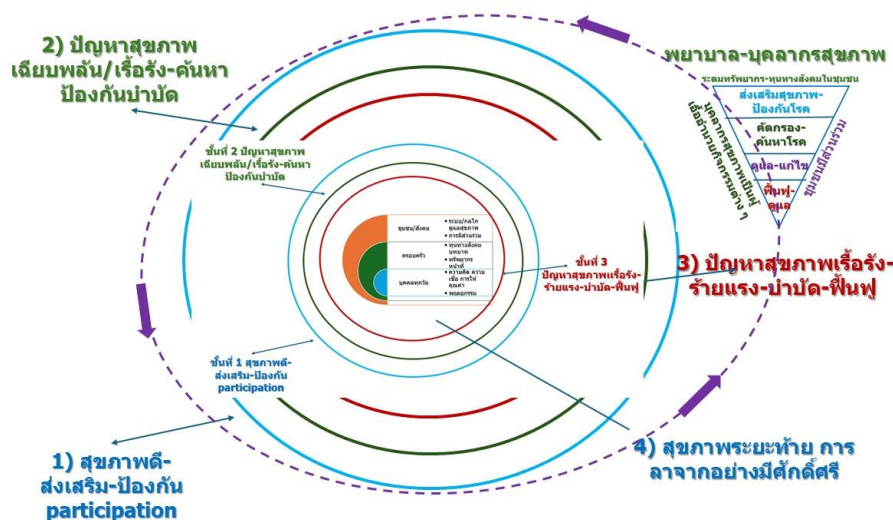
การส่งเสริมให้มีการสื่อสารอย่างเปิดเผยและอ่อนโยน ให้พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความคาดหวัง และความกลัวร่วมกัน ใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ ไม่หลอกลวงแต่ก็ไม่ทำให้สิ้นหวัง

การดูแลจิตวิญญาณและความเชื่อ: เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติศาสนกิจ เช่น สวดมนต์ ทำบุญ ส่งเสริมการให้อภัยและปล่อยวาง

การเตรียมตัวต่อการจากลาอย่างมีคุณค่า สนับสนุนให้ครอบครัวได้กล่าวลาและแสดงความรัก มีช่วงเวลาร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พูดคุยถึงความทรงจำที่ดี

การดูแลหลังการสูญเสีย (bereavement care) ให้คำปรึกษาและส่งต่อไปยังทีมดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่ หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสนับสนุนให้ครอบครัวได้บอกเล่าเรื่องราว ความทรงจำ นอกจากนี้ การดูแลระยะท้ายในยุค next normal มีผู้พัฒนานวัตกรรมที่ช่วยการดูแลได้ เช่น telehealth หรือระบบติดตามสุขภาพที่บ้าน บางสถาบันพัฒนากลุ่มดูแลผู้ดูแล (caregiver support groups) เป็นต้น

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ใช่เพียงการดูแล "การตาย" แต่คือการดูแล "ชีวิตที่ยังเหลืออยู่" ให้มีความหมาย การดูแลหัวใจของครอบครัวจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเยียวยาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถผ่านช่วงเวลาอันละเอียดอ่อนไปได้ด้วยความสงบ สง่างาม และมีศักดิ์ศรี



รูปที่ 3 ร่างสรุปบทบาทพยาบาล-บุคลากรสุขภาพในการดูแลหัวใจครอบครัวตามระยะสุขภาพที่คัดสรร

สรุปบทบาทพยาบาล-บุคลากรสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลเป้าหมายผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การสืบค้นคัดกรองโรค การดูแลแก้ไขปัญหา และการฟื้นฟูสภาพด้วยการใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์และเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยการดูแลหัวใจครอบครัวตามระยะสุขภาพที่คัดสรร 4 ระยะ (ดูรูปที่ 3) ทุกระยะสุขภาพ ได้แก่ 1) ระยะสุขภาพดี พยาบาล-บุคลากรสุขภาพ ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบให้ประชาชนมีส่วนร่วม 2) ระยะมีปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน/เรื้อรัง-พยาบาล-บุคลากรสุขภาพ ทำหน้าที่ในการค้นหาป้องกันบำบัด แบบให้ประชาชนมีส่วนร่วม 3) ระยะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง-ร้ายแรง พยาบาล-บุคลากรสุขภาพ ทำหน้าที่ บำบัด-ฟื้นฟู แบบให้ประชาชนมีส่วนร่วม และ 4) สุขภาพในระยะท้าย พยาบาล-บุคลากรสุขภาพ ทำหน้าที่ในการลาจากอย่างมีศักดิ์ศรี

จากจุดร่วมปัจจัยสำคัญที่มีร่วมกันในสถานการณ์สุขภาพตามระยะที่คัดสรร 4 ระยะ ตามที่กล่าวมา โดยภาพรวมมีทักษะที่ต้องการการพัฒนา (รูปที่ 4) ซึ่งแบ่งตามสถานภาพว่าเป็นบุคคลที่รับบริการ คือ คน ครอบครัว ชุมชน และ ผู้ให้บริการ คือ พยาบาล-บุคลากรสุขภาพผู้ดูแลด้วยหัวใจครอบครัวในยุค next normal

ทักษะที่ควรพัฒนา	บุคคล ครอบครัว ชุมชน-ผู้รับบริการ	พยาบาล บุคลากร-ผู้ให้บริการ
การสื่อสารทางไกลและการดูแลสุขภาพทางไกล	ควรพัฒนาศักยภาพด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารทางไกล ซึ่งเป็นการสื่อสารทั้งในลักษณะการเชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อการดูแลสุขภาพ (Telehealth) การติดตามดูแลสวัสดิภาพของผู้ต้องพึ่งพาในครอบครัว เป็นระบบ smart home systems แจ้งเตือนเหตุการณ์แบบ real time	ควรพัฒนาทักษะเพื่อปฏิบัติการเชิงวิชาชีพในการสื่อสารทางไกลกับผู้รับบริการและทีมงานผู้ดูแลสุขภาพ มีการจัดการข้อมูลการบริการสุขภาพ การเก็บและประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลและติดตามสุขภาพทางไกลเพื่อการดูแลสุขภาพ (Monitor & Telehealth) การติดตามดูแลภาวะสุขภาพของผู้ต้องรับบริการที่บ้าน ใช้ระบบ smart home systems แจ้งเตือนเหตุการณ์แบบ real time

ทักษะที่ควรพัฒนา	บุคคล ครอบครัว ชุมชน-ผู้รับบริการ	พยาบาล บุคลากร-ผู้ให้บริการ
การปรับตัว/ การทำใจ ในสภาพเฉพาะบริบทไทยปัจจุบันที่ “ยาวไม่อ่าน นานไม่ดู”	ทำความเข้าใจ ปรับตัว/ ทำใจ ที่มีความเฉพาะในบริบทไทยปัจจุบันที่ชอบสิ่งได้เร็ว ทันใจ ได้มาไวและง่าย ให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่มาเร็วและฉาบฉวย	ทำความเข้าใจ ปรับตัว/ ทำใจ ที่มีความเฉพาะในบริบทไทยที่ชอบสิ่งที่ได้เร็ว ทันใจ ได้มาไวและง่าย ให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่มาเร็วและฉาบฉวย พยาบาลจึงต้องมีกลยุทธ์รับมือต่อสิ่งเหล่านี้ที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถรับมือกับปัญหาใหม่ๆ ได้ทันสถานการณ์
การเรียนรู้กลยุทธ์อยู่กับภาวะ Next Normal ได้แก่		
-ความฉ้อฉล	เรียนรู้ เท่าทันความฉ้อฉล- กลเม็ด เท่าทัน การใช้เงิน การอยู่ในโลกเสมือนจริง แยกแยะให้ได้ เรียนรู้การใช้กลยุทธ์ – จัดการ/วางแผนการเงิน ดูแลสุขภาพตน-ครอบครัว	ต้องเรียนรู้เหมือนคน-ครอบครัวทั่วไปและอาจต้องมากและไวกว่าในฐานะเป็นที่ปรึกษาและผู้ชี้แนะผู้รับบริการ
-ฝึกให้มีตรรกะ-มีเหตุผล-คิดเป็น ไม่ตกเป็นเหยื่อ มิจฉาชีพ	คิดเป็น- ตรวจสอบข้อมูลได้ ตัดสินใจถูก เพิ่มทักษะการวิพากษ์ การแก้ปัญหา เพราะมีข้อมูลมหาศาลและมีความไม่แน่นอน	ความรู้- เรียนรู้ ให้รอบรู้ รอบรู้ทัน
-เพิ่มความรอบรู้ เรียนรู้ การมี/พัฒนาทักษะชีวิต และการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว	แสวงหาความรู้- เรียนรู้ ให้รอบรู้ รอบรู้ทัน Adaptability & Lifelong learning	ความเป็นผู้นำ- การจัดการข้อมูล และอาจต้องมากและไวกว่าในฐานะเป็นที่ปรึกษาและผู้ชี้แนะผู้รับบริการ
-การสร้างพลังใจ/การสนับสนุน และภูมิคุ้มกันด้านจิตใจแก่ตนและคนรอบตัว-ครอบครัว	ฝึกปลูกพลังใจ และ การสนับสนุนกันและกัน- ฝึกพิจารณาทั้งด้านบวกและลบ เหยี่ยุมีสองด้านเสมอ	ฝึกการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ให้บริการอย่างเหมาะสมในการสร้างพลังใจ/การสนับสนุน และภูมิคุ้มกันด้านจิตใจแก่ตนและคนรอบตัว-ครอบครัว
ทักษะความเป็นผู้นำทางวิชาชีพ	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม
การจัดการข้อมูลผู้รับบริการ	ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลส่วนตนและอาการทางสุขภาพและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามหลักจริยธรรมด้านสุขภาพที่ไม่ละเมิดสิทธิส่วนตนและผู้อื่น	เป็นผู้นำในการคิดค้นนวัตกรรม ระบบ การจัดการข้อมูลผู้รับบริการ ในการจัดระบบบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ของผู้รับบริการรายบุคคลและอาการทางสุขภาพและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามหลักจริยธรรมด้านสุขภาพที่ไม่ละเมิดสิทธิส่วนตนและผู้อื่น
การเสริมสร้าง ป้องกันโรค การสืบค้นปัญหาเพื่อการตรวจพบแต่ต้นมือนำไปสู่การรักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลโดยตรงและการฟื้นฟูสภาพด้วย	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมสร้าง ป้องกันโรค การสืบค้นปัญหา เพื่อการตรวจพบแต่ต้นมือนำไปสู่การรักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลโดยตรงและการฟื้นฟูสภาพด้วยซึ่งเน้นผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการระดมทุนทางสังคมและทุนทางปัญญามาใช้ให้เกิดประโยชน์

ทักษะที่ควรพัฒนา	บุคคล ครอบครัว ชุมชน-ผู้รับบริการ	พยาบาล บุคลากร-ผู้ให้บริการ
การดูแลจิตใจ-องค์รวม	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	การดูแลจิตใจ-องค์รวม ประเมินความคิด ความเชื่อความศรัทธาที่ผู้รับบริการและครอบครัวมีอยู่เพื่อปรับการพยาบาลที่เคารพถึงความเชื่อและศรัทธาที่เขา/เธอมี
การสื่อสารเชิงวัฒนธรรม	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	การสื่อสารที่มีความไวเชิงวัฒนธรรม เคารพและมีความไวในความแตกต่างทางเพศและเพศสภาพที่เขา/เธอและครอบครัวยึดถือและประสานความเข้าใจเมื่อมีความต่างทางความเชื่อความคิด
การประสานพหุวิชาชีพ	ปฏิบัติตามบทบาทของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	การประสานและสื่อสารเชิงพหุวิชาชีพเพื่อบูรณาการศักยภาพวิชาชีพที่ต่างต่างนำมาเพื่อส่งเสริม ป้องกัน สืบค้นโรค ดูแลแก้ไขฟื้นฟูช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุม

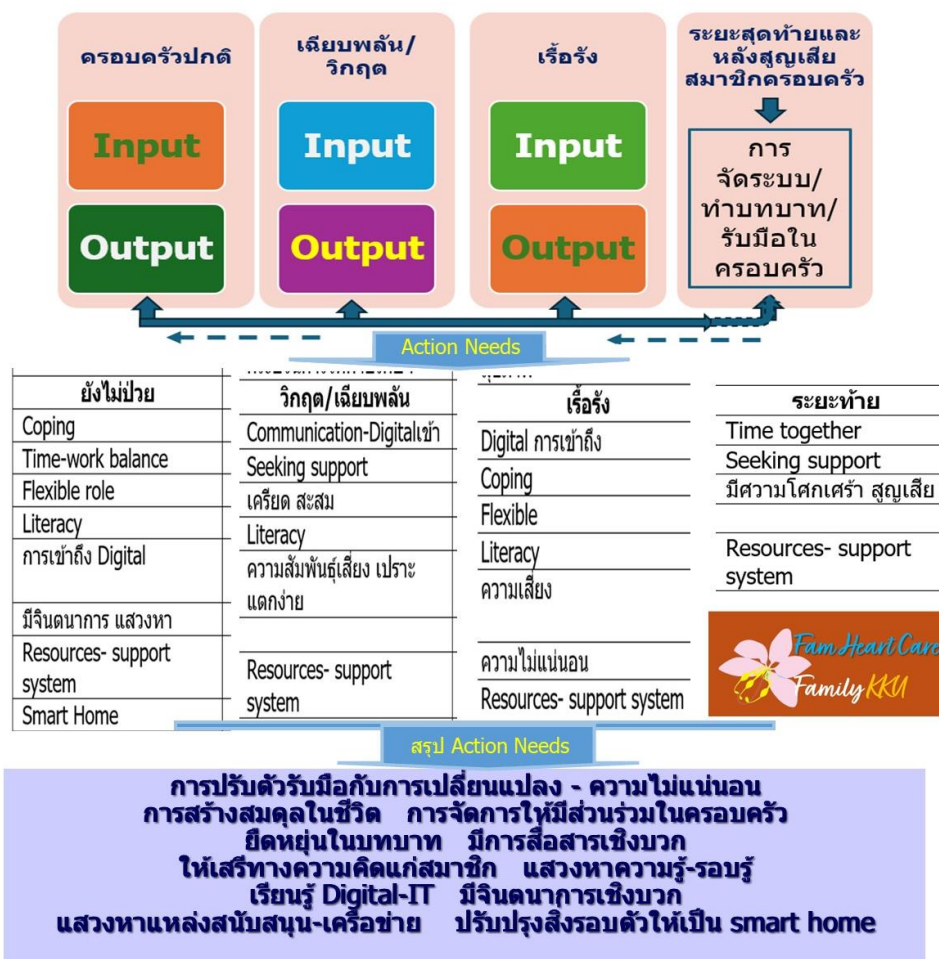
บทส่งท้าย

ครอบครัวไทยมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากอดีต ถึงปัจจุบัน และ ในระยะเวลาที่ผ่านมาหลังโควิด 19 จนถึงอนาคต การพัฒนาระบบครอบครัวควรมีความมั่นคง มีความอยู่ดีมีสุข มีการจัดระบบการศึกษาให้รอบรู้ เท่าทัน มีความสามารถ มีทักษะ ในการทำงาน การดูแลสุขภาพที่เอื้อต่อพัฒนาการบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในอนาคต ให้มีความสำคัญกับการรอบรู้ด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยี (digital technology) ระบบการรักษาสมดุลของชีวิตครอบครัวและการงาน (work life balance) การดูแลสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การพัฒนาระบบการดูแลบุคคล อาทิ ผู้สูงอายุและพัฒนาการเด็ก และระบบการศึกษาที่ผู้เรียนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ (inclusive education)

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็น “การพยาบาลที่ดูแลด้วยหัวใจครอบครัว” ในทุกระยะสุขภาพ (ดูแผนภูมิ) เป็นแนวทางที่สามารถตอบสนองต่อความท้าทายของสังคมไทยในยุค next normal ได้อย่างมีพลัง ด้วยการมองเห็นศักยภาพของครอบครัวชุมชนที่จะดูแลกันเอง ดูแลเพื่อนบ้านตามวิถีไทย แม้ทุกบ้านมีปัญหาแต่สามารถส่งเสริมความสัมพันธ์ และออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับชีวิตจริงในบริบทแต่ละครอบครัวได้



บทสรุป การปฏิบัติดูแลด้วยหัวใจครอบครัวในยุค Next Normal: ข้อเสนอจากการประชุมสู่การปฏิบัติ



รูปที่ 4 ภาพรวมทักษะของผู้เกี่ยวข้องที่ต้องการการพัฒนาในยุค Next normal

References

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Jongudomkarn D. Family health nursing: concept and theory implications for crisis intervention. 5th ed. Khon Kaen: Khlangnanawitaya; 2023. (in Thai)
3. Jongudomkarn D. Creating a conceptual blueprint for nursing innovation through qualitative data synthesis. J Nurs Sci Health [Internet]. 2025 Mar 24 [cited 2025 Sep

24];48(1):1-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/278124> (in Thai)

Bibliography

4. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(23):10367-74.
5. Jongudomkarn D. A volunteer alcohol consumption reduction campaign: participatory action research among Thai women in the Isaan region. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(17):7343–50.
6. Panpanit L, Jongudomkarn D, Duangmungkorn A, Boontoch K, Neelasmith S, Manorat M, Maneerat T. Implementing a care model for bedridden stroke survivors: a qualitative study in Northeastern Thailand. *Patient Prefer Adherence* 2025;19:345–58. doi:10.2147/PPA.S494046
7. Panpanit L, Jongudomkarn D, Duangmungkorn A, Boontoch K, Neelasmith S, Manorat M, Maneerat T. A blueprint for an extended family nursing model to enhance family caregivers' abilities to care for homebound and bedridden patients from hospital to community: a systematic innovation synthesis of sequential research data. *J Nurs Sci Health* [Internet]. 2025 Mar 24 [cited 2025 Sep 24];48(1):155–73. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/274473> (in Thai)
8. Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 7th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2019.

ความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของพยาบาลและผดุงครรภ์ แขวงคำม่วน สปป.ลาว*

แสงสวรรค์ ชัยอุทอน พย.บ.** นิลุล รุจิรประเสริฐ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของมารดาทั่วโลก รวมถึง สปป.ลาว การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของพยาบาลและผดุงครรภ์แขวงคำม่วน สปป.ลาว กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลและผดุงครรภ์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเมืองและโรงพยาบาลแขวงคำม่วน สปป.ลาว จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=16.59, SD=3.92) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (Mean=6.70, SD=1.39) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (Mean=2.45, SD=0.60) และการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา (Mean=6.70, SD=1.35) ส่วนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรงมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean=0.86, SD=0.58) สำหรับทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก (Mean=30.18, SD=5.04) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (Mean=16.33, SD=1.47) ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (Mean=2.70, SD=0.69) และด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา (Mean=8.05, SD=1.64) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำคือ ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง (Mean=3.10, SD=1.24)

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์บางส่วนขาดความรู้ที่ถูกต้อง และทัศนคติที่เหมาะสม ในประเด็นที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พยาบาลและผดุงครรภ์ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ นอกจากนี้ จากข้อจำกัดของแบบสอบถามที่พบในการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญและความชัดเจนของข้อคำถาม สำหรับแบบสอบถามทัศนคติการแบ่งระดับคำตอบแบบ Likert scale ที่เหมาะสม ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์การวิจัย

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ พยาบาลและผดุงครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ สปป.ลาว

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE652073 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 15 ตุลาคม 2568

*ทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการ Lao-Luxembourg 027 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

Knowledge and attitudes towards pre-eclampsia care among nurses and midwives In Khammouane Province, Lao PDR*

Sengsavan Xayouthone B.N.S.** Nilubon Rujiraprasert Ph.D.***

Abstract

Pre-eclampsia remains a leading cause of maternal mortality worldwide, including in the Lao PDR. This descriptive survey study aimed to assess the knowledge and attitudes regarding pre-eclampsia care among nurses and midwives in Khammouane Province, Lao PDR. A total of 117 nurses and midwives working in hospitals at Khammouane Province were recruited. Data were collected using a questionnaire assessing knowledge and attitudes towards pre-eclampsia care. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis.

The results indicated that the overall knowledge regarding pre-eclampsia care was at high level (Mean=16.59, SD=3.92). When considering individual aspects, the aspects with the highest mean scores were: risk screening and detection of hypertensive disorders (Mean=6.70, SD=1.39), referral management for appropriate care (Mean=2.45, SD=0.60), and managing severe preeclampsia according to treatment guidelines (Mean=6.70, SD=1.35). However, the knowledge aspect on care of women with pre-eclampsia without severe features were at moderate level (Mean=0.86, SD=0.58). In terms of attitudes, nurses and midwives also showed an overall high-level attitudes towards pre-eclampsia care (Mean=30.18, SD=5.04). The aspects with high mean scores were found to be: risk screening and detection of hypertensive disorders (Mean=16.33, SD=1.47), referral management for appropriate care (Mean=2.70, SD=0.69), and management of pre-eclampsia with severe features (Mean=8.05, SD=1.64). In contrast, attitudes towards caring for women with pre-eclampsia without severe features were relatively low (Mean=3.10, SD=1.24).

The findings highlight gaps in specific areas of knowledge and attitudes that may compromise the quality of care and pregnancy outcomes. Nurses and midwives should receive ongoing training on preeclampsia care, especially those without experience. Furthermore, refinement of the measurement tools is recommended to ensure comprehensive coverage of critical aspects and clarity of questionnaire items. Designing a context-specific Likert scale for assessing attitudes is also suggested to improve validity and applicability in future research.

keywords: knowledge; attitude; nurse and midwives; pre-eclampsia, Lao PDR

Ethical approval: HE652073, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 3 April 2024, Revised 7 May 2025, Accepted 15 October 2025

*Supported by Lao-Luxembourg 027 Project, Lao People's Democratic Republic (Lao PDR)

**A student of master of nursing science in midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

E-mail: nilruj@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) เป็นปัญหาทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกในครรภ์ทั่วโลก รวมถึงสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) อุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษทั่วโลกพบได้ ตั้งแต่ร้อยละ 3-10 ในหญิงตั้งครรภ์แรก และร้อยละ 1.4-4 ในหญิงตั้งครรภ์หลัง¹ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของมารดาใน สปป.ลาว รองจากการตกเลือดหลังคลอด² ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาไปข้างหน้าของ Sithong³ ในโรงพยาบาลศูนย์กลาง 4 แห่ง ในนครหลวงเวียงจันทน์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.19 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด จำแนกเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 1.58 ขณะที่การศึกษาของสมพาน ศรีสวัสดิ์ และนิลุบล รุจิระประเสริฐ⁴ ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลศูนย์กลาง 4 แห่ง ในนครหลวงเวียงจันทน์ ในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 181 คน พบภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 120 คน (ร้อยละ 66.3)

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่ร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อมารดา ภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง (pre-eclampsia without severe features) อาจพบเพียงความดันโลหิตสูงและโปรตีนในปัสสาวะ อย่างไรก็ตาม ภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง สามารถพัฒนาไปเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (pre-eclampsia with severe features) ได้อย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อมารดา เช่น มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ปอดบวม น้ำ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ความผิดปกติของจอประสาทตา ตับถูกทำลาย เกิดภาวะแทรกซ้อน จาก HELLP syndrome ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และภาวะชักจากความดันโลหิตสูง (eclampsia)⁵⁻⁶ ที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ พบภาวะเจริญเติบโตช้า รกลอกก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด¹ ผลกระทบของภาวะครรภ์เป็นพิษต่อมารดาและทารก เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก และต้องการการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม

การจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษที่ถูกต้องและเหมาะสม ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพที่มีความรู้ที่ทันสมัยและมีทัศนคติที่ดีในการจัดการและดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดผลกระทบต่อมารดาและทารกที่เกิดจากภาวะครรภ์เป็นพิษ⁷ พยาบาลและผดุงครรภ์มีบทบาทที่สำคัญในการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ประเมินอาการและจัดการภาวะต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะชักในรายที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง และการลดการบาดเจ็บของทารกในครรภ์⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Stellenberg และคณะ⁹ เกี่ยวกับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของผดุงครรภ์ จำนวน 101 คน ที่ประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า มีผดุงครรภ์เพียง ร้อยละ 56.4 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงทางคลินิกของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ถูกต้อง ร้อยละ 68.3 ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต ร้อยละ 27.7 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ขณะที่การศึกษาของ Ramavhoya และคณะ¹⁰ เรื่องการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ในสถานบริการสุขภาพที่มีทรัพยากรและแพทย์ไม่เพียงพอ พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์บางคน ไม่มีความสามารถในการจัดการภาวะนี้ได้ พยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุหรือแยกความแตกต่างระหว่างความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการวินิจฉัยผิดพลาด อาจนำไปสู่การจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ได้ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก และจากการศึกษาของ Sheikh และคณะ¹¹ ในผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประเทศปากีสถาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและ

ภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่มีความเข้าใจที่ผิดและความรู้ที่จำกัด เกี่ยวกับการใช้แมกนีเซียมซัลเฟต รู้สึกกลัวผลข้างเคียงและภาวะเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต และไม่ตระหนักถึงผลของการบริหารยาแมกนีเซียมซัลเฟตตั้งแต่ระยะแรก เพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ สำหรับทัศนคติในการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ จากการศึกษาของ Olaoye และคณะ¹² ของบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 101 คน ซึ่งเป็นพยาบาล จำนวน 75 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติในระดับดีต่อการจัดการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะที่การศึกษาของ Pallangyo และ Seif¹³ พบว่า ร้อยละ 56.69 ของพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษและภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ

จากรายงานปี ค.ศ. 2021 ของ สปป.ลาว พบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019-2021 เท่ากับ 69.05, 72.08 และ 62.07 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ตามลำดับ แขนงคำม่วนเป็นแขนงที่มีอัตราการตายของมารดาสูงที่สุด ใน 4 แขนงภาคกลาง อัตราการตายของมารดาทั่วแขนงคำม่วน เท่ากับ 98 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ขณะที่แขวงบอลิคำไซ เวียงจันทน์และสะหวันนะเขต มีอัตราการตายของมารดา เท่ากับ 26, 90 และ 96 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ตามลำดับ¹⁴ และข้อมูลจากหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลแขวงคำม่วน ปี พ.ศ. 2561-2565 มีผู้คลอดทั้งหมดจำนวน 1,901, 1,924, 2,081 และ 2,380 ราย พบผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 50, 60, 53 และ 65 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.63, 3.11, 2.54 และ 2.73 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 พบภาวะชักจากภาวะความดันโลหิตสูง ปัส 2 ราย โดยพบมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ 2 ราย หยุดหายใจและชักซ้ำ ในขณะที่ได้รับยา magnesium sulfate และในปี พ.ศ. 2563 พบภาวะครรภ์เป็นพิษ 9 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและรุนแรงขึ้นในแต่ละปี¹⁵ แขนงคำม่วน มีโรงพยาบาลทั้งหมด 10 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเมือง ขนาด 15 เตียง จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลแขวง ขนาด 150 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลเมืองและโรงพยาบาลแขวง มีบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลเมืองสามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษไม่รุนแรงได้ ในกรณีที่พบภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงสามารถให้ magnesium sulfate แบบ loading dose ก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลแขวง ซึ่งสามารถให้การดูแลมารดาและทารกได้ครบถ้วน รวมทั้งสามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้ จากการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลและสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาลแขวงคำม่วน พบว่า ที่โรงพยาบาลเมืองและโรงพยาบาลแขวงไม่มีรายละเอียดของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่เป็นเอกสาร มีเพียงคู่มือ “การดูแลสิ่งที่จำเป็นในเวลาคลอดลูกปกติและมีภาวะแทรกซ้อน”¹⁶ และมาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ด้านคลินิกของ สปป.ลาว เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ใน สปป.ลาว¹⁷ จากการสังเกตการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลแขวงคำม่วนแบบไม่เป็นทางการของผู้วิจัย พบว่า มีเพียงพยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ที่สามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้อย่างครบถ้วน และจากการสอบถามพยาบาลและผดุงครรภ์จำนวน 12 คน เกี่ยวกับการบริหารยา magnesium sulfate ตามแนวทางการรักษา พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์มีความรู้ไม่ครอบคลุมในเรื่องของยา โดยแนวปฏิบัติที่มีอยู่ได้ระบุหัวข้อที่สำคัญ แต่ไม่มีรายละเอียดในการปฏิบัติเป็นขั้นตอน เป็นแนวทางการดูแลแบบคร่าว ๆ ไม่ละเอียดครอบคลุม

ความรู้และทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการประเมินอาการ และให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ มีความสำคัญให้การป้องกันและลดการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากการทบทวนวรรณกรรมใน สปป.ลาว พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการไปฝากครรภ์กับ

การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในขณะตั้งครรภ์² และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁴ ใน สปป.ลาว⁴ แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการคัดกรองความเสี่ยง และจัดการภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เบื้องต้นของผดุงครรภ์/พยาบาล ในแขวงบอลิคำไซ สปป.ลาว¹⁷ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหรือผดุงครรภ์ทุกระดับในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด แผนกหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสุซศาลา ผลการศึกษาจึงไม่ครอบคลุมความรู้และสมรรถนะของพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ทำงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลเมืองและโรงพยาบาลแขวง และจากมาตรฐานการดูแลของ สปป.ลาว ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ¹⁸ ที่มีอยู่ เมื่อเทียบกับมาตรฐานของสากลเห็นว่า มีรายละเอียดไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้และทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อนำไปสู่คุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกของ สปป.ลาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของพยาบาลและผดุงครรภ์ แขวงคำม่วน สปป.ลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของ Association ontario midwives¹⁹ และ Fitzgerald & Evans²⁰ เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย สรุปแนวทางการประเมินความรู้และทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง 2) ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง 3) ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม และ 4) ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) ในพยาบาลและผดุงครรภ์ โรงพยาบาลในแขวงคำม่วน สปป.ลาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลและผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดในโรงพยาบาล 10 แห่ง ในแขวงคำม่วน สปป.ลาว ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับแขวง 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแขวงคำม่วน และโรงพยาบาลระดับเมือง 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเมืองมะหาไซ เมืองยมมะลาด เมืองนากาย เมืองไซบัวทอง เมืองบัวละพา เมืองคูนคำ เมืองหินบูน เมืองหนองบก เมืองเซบั้งไฟ ทั้งหมดจำนวน 122 คน เก็บข้อมูลทั้งหมดจากกลุ่มประชากร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ได้แก่ 1) ทำงานประจำอยู่ที่ห้องคลอดหรือทำงานประจำอยู่แผนกอื่น แต่ขึ้นปฏิบัติการอยู่ที่ห้องคลอดมากกว่า 4 วันต่อเดือน 2) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และ 3) ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ
2. ความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่
 - 1) ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง 10 ข้อ
 - 2) ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง จำนวน 2 ข้อ
 - 3) ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม จำนวน 3 ข้อ และ
 - 4) ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา จำนวน 9 ข้อ
 ลักษณะคำตอบเป็น “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” การแปลผล หากลักษณะคำถามทางบวก ถ้าตอบ “ใช่” ได้ “1 คะแนน” ถ้าตอบ “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ได้ “0 คะแนน” ทั้งนี้ การให้คะแนนจะกลับกัน ในกรณีคำถามทางลบ คะแนนรวมด้านความรู้ อยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน
3. ทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่
 - 1) ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง 6 ข้อ
 - 2) ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง จำนวน 2 ข้อ
 - 3) ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม จำนวน 1 ข้อ และ
 - 4) ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา จำนวน 3 ข้อ
 ลักษณะคำตอบเป็น “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่แน่ใจ” การแปลผล หากลักษณะคำถามทางบวก ถ้าตอบ “เห็นด้วย” ได้ “3 คะแนน” ถ้าตอบ “ไม่เห็นด้วย” ได้ “2 คะแนน” และ “ไม่แน่ใจ” ได้ 1 คะแนน ทั้งนี้ การให้คะแนนจะกลับกัน ในกรณีคำถามทางลบ คะแนนรวมด้านทัศนคติ อยู่ระหว่าง 12-36 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาลในประเทศไทย 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาลและสูติแพทย์ ใน สป.ป.ลาว อย่างละ 1 ท่าน ได้ค่า CVI รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.81-1.00 และ ค่า CVI ของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในส่วนของความรู้ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80 และในส่วนของทัศนคติ ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652073 ลงวันที่ 7 เมษายน 2565 และแผนกจริยธรรม สถาบันค้นคว้าและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ หมายเลข 323/คจค ลงวันที่ 23 เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การปกป้องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ และมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแขวงคำม่วน ทั้ง 10 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อสอบถามกำหนดวันที่มีการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานและขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประชุม โดยชี้แจงจุดประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดของการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้น

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี ได้แก่ การตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ และการตอบแบบสอบถามออนไลน์โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด (QR code) หรือคลิกแบบสอบถาม เมื่อตอบเสร็จกลุ่มตัวอย่างคืนแบบสอบถามที่เป็นกระดาษใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยวางไว้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมในวันที่ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูล สามารถตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่านทาง QR code ของแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยฝากไว้กับหัวหน้าพยาบาล หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS version 28 ที่เป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 117 คน อายุอยู่ในช่วง 22-53 ปี (อายุเฉลี่ย 32 ปี SD=8.28) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-29 ปี และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 47 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษา จบการศึกษามัธยมศึกษาชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 48.73 รองลงมา คือ ปริญญาตรีด้านพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก มากกว่า 5 ปี และ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.13 และร้อยละ 23.07 ตามลำดับ และทำงานที่โรงพยาบาลเมือง คิดเป็นร้อยละ 83.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ทำงานประจำอยู่ที่ห้องคลอด แต่ขึ้นเวรอยู่ที่ห้องคลอด คิดเป็นร้อยละ 61.53 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.13 ไม่เคยได้รับการอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษหรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ขณะที่ ร้อยละ 76.07 เคยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง 117 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Range 22-53 ปี, Mean 32.19 ปี, SD 8.28 ปี)		
20-29 ปี	55	47
30-39 ปี	39	33.33
40-49 ปี	17	14.54
50-59 ปี	6	5.13
ระดับการศึกษา		
ผดุงครรภ์ชั้นสูง	57	48.73
ปริญญาตรีด้านผดุงครรภ์	5	4.27
ปริญญาตรีด้านพยาบาล	55	47
ประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก (Range 1-31 ปี, Mean 8.95 ปี, SD 7.90 ปี)		
น้อยกว่า 2 ปี	22	18.80
3-5 ปี	27	23.07
มากกว่า 5 ปี	68	58.13

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง 117 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน		
โรงพยาบาลเมือง	98	83.76
โรงพยาบาลแขวง	19	16.24
หน้าที่รับผิดชอบในปัจจุบัน		
ทำงานประจำที่ห้องคลอด	45	38.47
ไม่ได้ทำงานประจำที่ห้องคลอดแต่ขึ้นเวรที่ห้องคลอด	72	61.53
ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษหรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์		
ไม่เคย	68	58.13
เคย	49	41.87
ประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ		
เคย	89	76.07
ไม่เคย	28	23.93

ความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=16.59, SD=3.92) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (Mean=6.70, SD=1.39) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (Mean=2.45, SD=0.60) และการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทาง (Mean=6.70, SD=1.35) ส่วนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=0.86, SD=0.58) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษแยกเป็นรายด้าน

ความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	กลุ่มตัวอย่าง (N=117)	
	Mean (SD)	ระดับ ความรู้
1. ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (คะแนนเต็ม 10)	6.70 (SD=1.39)	มาก
2. ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง (คะแนนเต็ม 2)	0.86 (SD=0.58)	ปานกลาง
3. ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (คะแนนเต็ม 3)	2.45 (SD=0.60)	มาก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษแยกเป็นรายด้าน (ต่อ)

ความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	กลุ่มตัวอย่าง (N=117)	
	Mean (SD)	ระดับ ความรู้
4. ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา (คะแนนเต็ม 9)	6.70 (SD=1.35)	มาก
รวม (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)	16.59 (SD=3.92)	มาก

ทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

สำหรับทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=30.18, SD=5.04) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (Mean=16.33, SD=1.47) ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (Mean=2.70, SD=0.69) และด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ตามแนวทางการรักษา (Mean=8.05, SD=1.64) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง (Mean=3.10, SD=1.24)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษแยกเป็นรายด้าน

ทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	กลุ่มตัวอย่าง (N=117)	
	Mean (SD)	ระดับ ทัศนคติ
1. ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)	16.33 (SD=1.47)	มาก
2. ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)	3.10 (SD=1.24)	ต่ำ
3. ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)	2.70 (SD=0.69)	มาก
4. ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	8.05 (SD=1.64)	มาก
รวม (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)	30.18 (SD=5.04)	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์มีความรู้และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

จบการศึกษาผดุงครรภ์ชั้นสูง (ระยะเวลาการศึกษา 3 ปี) คิดเป็นร้อยละ 48.73 และปริญญาตรีด้านพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47 การศึกษาระดับสูงและเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสม ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กมากกว่า 3 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาสมรรถนะตามแนวคิดของ Benner, Murray & Cope พยาบาลและผดุงครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ จัดอยู่ในระดับชำนาญการและระดับผู้เชี่ยวชาญ (ทำงานมากกว่า 5 ปี)²¹ และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และผ่านการอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ประสบการณ์ในการทำงานและการอบรมเพิ่มพูนความรู้ เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติ ระยะเวลาในการทำงานทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพบเจอปัญหา มีข้อมูลในการตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น²¹ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละด้านสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ความรู้ของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องเป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง²⁰ และนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในด้านนี้ โดยรวมในระดับมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความรู้ในด้านนี้เป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความรู้ในการเลือกขนาดและตำแหน่งในการวางผ้าพันแขนเพื่อวัดความดันโลหิตไม่ถูกต้อง นอกจาก วิธีการ วัดความดันโลหิตที่ถูกต้องแล้ว พยาบาลและผดุงครรภ์ต้องสามารถแปลผลการวัดความดันโลหิตและประเมิน ความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งผลการศึกษานี้ พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51) คิดว่าความดันโลหิตที่วัดได้ต้องผิดปกติ ทั้งความดัน systolic และความดัน diastolic จึงจะแปลผลว่ามีความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับท้องคการอนามัยโลก²² ให้นิยามความดันโลหิตสูงว่า คือความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดัน diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทตัวใดตัวหนึ่งหรือทั้งสองตัว สามารถแปลผลว่า มีความดันโลหิตสูง การวัดและแปลผลความดันโลหิตที่ไม่ถูกต้อง อาจนำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัยและการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และมากกว่าครึ่ง ยังไม่สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ถูกต้องทั้งหมด ซึ่งชนิดของความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกันจะมีแนวทางการดูแลและติดตามอาการที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันความรู้ในการแยกและประเมินความรุนแรงของโรคได้ จะช่วยให้พยาบาลและผดุงครรภ์สามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ ความรู้ในการวัดความดันโลหิต คัดกรองความเสี่ยงและประเมินความรุนแรงของความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้องครอบคลุม อาจทำให้การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมีความคลาดเคลื่อนได้ จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้หรือจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองความเสี่ยงหรือวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งหมดต่อไป

ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ สิ่งสำคัญที่พยาบาลและผดุงครรภ์หรือหญิงตั้งครรภ์ต้องระมัดระวัง คือ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติของอวัยวะส่วนปลายที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งอาการที่สำคัญ ได้แก่ อาการนำก่อนการชัก ที่พยาบาลและผดุงครรภ์ควรต้องมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง¹⁹

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับการประเมินอาการนำก่อนการชัก โดยพยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) คิดว่าอาการนำก่อนชักต้องมีอาการครบ 3 อย่าง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ การประเมินอาการนำก่อนการชักไม่ถูกต้อง อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล เพื่อป้องกันการชักล่าช้าและเกิดการชักที่ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ สำหรับการศึกษาค้นคว้า พบข้อจำกัดในการประเมินความรู้ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่ไม่มีอาการรุนแรง ข้อคำถามเน้นเฉพาะการสังเกตอาการนำก่อนการชักและการชัก ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการดูแลที่จำเป็นในเรื่องอื่น ๆ เช่น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเฝ้าระวังและติดตามความดันโลหิต รวมถึงการดูแลและติดตามสภาพทารกในครรภ์ในขณะตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน

ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีความรู้ว่าหากพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษควรส่งต่อเพื่อปรึกษาแพทย์ และรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลและเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสมที่โรงพยาบาลแหว่ง อย่างไรก็ตาม ยังมีพยาบาลและผดุงครรภ์มากกว่าครึ่ง มีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง แต่ไม่มีอาการนำก่อนชักไม่จำเป็นต้องส่งต่อมารับการดูแลที่โรงพยาบาลแหว่ง” ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการขาดความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค อีกทั้ง การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ด้านคลินิกของ สปป.ลาว¹⁸ ในประเด็นการประเมินและส่งพบแพทย์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม กำหนดเพียงว่าในกรณีที่พบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือพบอาการนำก่อนการชัก จึงจะพิจารณาส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีการดูแลภาวะฉุกเฉิน ด้านสูติศาสตร์ การเพิ่มความรู้ในเนื้อหาที่สำคัญหรือการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ละเอียดชัดเจนและครอบคลุม สำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเมือง ซึ่งเป็นสถานบริการที่ต้องพิจารณาการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อรับการดูแลที่เหมาะสมในภาวะฉุกเฉิน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดกับมารดาและทารกได้

ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา การศึกษาค้นคว้า ข้อคำถามความรู้ในด้านนี้ เน้นในเรื่องการบริหารยา Magnesium sulfate (MgSO₄) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเกินขนาด ตามแนวทาง/คู่มือการรักษาของแพทย์ ผดุงครรภ์ สปป.ลาว¹⁶ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมในด้านนี้ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ในการเตรียมยาและให้ยา MgSO₄ แบบ maintenance dose รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สำคัญ เพื่อป้องกันภาวะเป็นพิษจากการได้รับ MgSO₄ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในการเตรียมและบริหารยา MgSO₄ แบบ loading dose ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.50 ไม่เคยรับการอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และร้อยละ 29.30 ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมพยาบาลและผดุงครรภ์เป็นระยะ เพื่อสร้างความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา MgSO₄ ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheikh และคณะ¹¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่มีความเข้าใจผิดและความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับการใช้ MgSO₄ มีความรู้สีกกลัวผลข้างเคียงและภาวะเป็นพิษจาก MgSO₄ และไม่มี ความตระหนักถึงผลของการบริหารยา MgSO₄ ตั้งแต่ระยะแรก เพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

ทัศนคติของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

ด้านการคัดกรองความเสี่ยงและการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทัศนคติโดยรวม ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติด้านบวก โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เห็นด้วยว่า “การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์” ในส่วนของการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงความดันโลหิตสูง แม้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเห็นด้วยว่า “การประเมินปัจจัยเสี่ยงฯ ช่วยในการเฝ้าระวังการเกิดโรคและป้องกันอันตรายต่อแม่และลูก” แต่ยังพบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์บางส่วน มีทัศนคติว่าภาวะครรภ์เป็นพิษเกิดขึ้นได้น้อย ไม่จำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทุกคน และการคัดกรองฯ ควรทำเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเท่านั้น ขณะที่ครึ่งหนึ่งของพยาบาลและผดุงครรภ์คิดว่า การคัดกรองฯ ไม่จำเป็นต้องแยกชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพราะแนวทางในการดูแลเหมือนกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ด้านคลินิกของ สปป.ลาว¹⁸ ไม่ได้เน้นหรือกำหนดแนวทางการดูแลที่แตกต่างกันของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แต่ละชนิด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความสำคัญในการแยกชนิดของความดันโลหิตสูง

ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีอาการรุนแรง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในด้านนี้ โดยรวมในระดับต่ำ โดยพยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่คิดว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษถ้าได้รับการดูแลสามารถป้องกันการชักได้ทุกรายการมีทัศนคติเช่นนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจตีความเรื่องการดูแลหมายถึง การให้ยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันการชัก ซึ่งการให้ยาดังกล่าวอาจสามารถป้องกันการชักได้ การส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องในการดูแล จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้

ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านบวก โดยไม่เห็นด้วยว่า “การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทุกราย ไปโรงพยาบาลแขวงเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับโรงพยาบาลและครอบครัวหญิงตั้งครรภ์” ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ว่า กรณีตรวจพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยเฉพาะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อเพื่อปรึกษาแพทย์ และส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแขวงเพื่อการดูแลที่เหมาะสม การมีความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่ทัศนคติที่ถูกต้องต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ด้านการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงตามแนวทางการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับมากในด้านนี้ โดยพยาบาลและผดุงครรภ์ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการเตรียมยาและบริหารยา $MgSO_4$ อย่างไรก็ตาม พยาบาลและผดุงครรภ์บางส่วนที่ยังไม่มั่นใจ อาจเกิดจากการขาดความรู้และประสบการณ์ในการเตรียมยาและบริหารยา $MgSO_4$ เพราะไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมหรือไม่เคยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ หน่วยงานที่รับผิดชอบจึงควรมีการทบทวนความรู้พยาบาลและผดุงครรภ์เป็นระยะ หรือจัดอบรมในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีทัศนคติในระดับมากต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ในการประเมินทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้ แบ่งระดับคำตอบของทัศนคติในแต่ละข้อคำถาม เพียง 3 ระดับ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย) เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้ ที่มีเวลาจำกัดในการตอบช่วยลดความลังเลในการตอบ เพราะตัวเลือกมีเพียง 3 ระดับ ทำให้ผู้ตอบตัดสินใจได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากคำตอบที่ได้อาจมีข้อจำกัดในประเด็นความเที่ยงตรงและความจำแนกแยกแยะที่ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับ Likert scale ที่มี 5 หรือ 7 ระดับ²³ สำหรับความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการนำของการชัก และการบริหารยา Magnesium sulfate แบบ loading dose ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญที่ส่งผล

ต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก พยาบาลและผดุงครรภ์ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ฯ แขวงคำม่วน สปป.ลาว ควรได้รับการส่งเสริมความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติฯ โดยรวมในระดับมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายด้านและในแต่ละประเด็น พบว่า ยังมีพยาบาลและผดุงครรภ์บางส่วนขาดความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในประเด็นที่สำคัญ และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของมารดาและทารก เช่น การแปลผลการวัดความดันโลหิต การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุม การสังเกตอาการนำก่อนซีกหรือการบริหารยาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนของยา $MgSO_4$ ผู้ที่รับผิดชอบในหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ควรจัดให้พยาบาลและผดุงครรภ์ที่ต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะพยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 3 ปี และผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษหรือการบริหารยา $MgSO_4$

2) ด้านการวิจัย

- ควรมีการปรับปรุงแบบสอบถามความรู้ให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญมากขึ้น เช่น เพิ่มการประเมินการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่รุนแรงให้ครอบคลุมการดูแลทารกในครรภ์ด้วย และปรับปรุงแบบสอบถามทัศนคติในประเด็นการแบ่งระดับคำตอบแบบ Likert scale สำหรับการประเมินทัศนคติที่เหมาะสมในบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

- ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อความรู้ และทัศนคติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill;2018.
2. Phengsavanh A, Laohasirivong W, Suwannaphant K, Assana S, Phajan T, Chaleunvong K. Antenatal care and its effect on risk of pregnancy induced hypertension in Laos PDR: A case-control study. F1000Research 2018;7:1236.
3. Sithong V. The quality assessment follow-up and treatment of pregnancy induced hypertension in four central hospitals in Vientiane Capital Lao PDR. Laos PDR: Obstetrics-Gynecology University of Health Science;2017.
4. Sysavath S, Rujiraprasert N. Risk factors for hypertensive disorders in pregnancy in Lao People's Democratic Republic. J Nurs Sci Health [internet]. 2020 Jun 25 [cited 2023 Jun 15];43(2):45-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/237621> (in Thai)

5. Minire A, Mirton M, Imri V, Lauren M, Aferdita M. Maternal complications of preeclampsia. *Med Arch* 2013;67(5):339–41.
6. Crump S, Stein, editors. Elevated blood pressure, headache, blurred vision, convulsions or loss of consciousness. In: *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. 2nd ed. Geneva: WHO, UNFPA and UNICEF;2017:S49-S66.
7. Garti I, Gray M, Tan JY, Bromley A. Midwives' knowledge of pre-eclampsia management: A scoping review. *Women Birth* 2021;34(1):87-104.
8. Amaral LM, Wallance K, Owens M, Lamarca B. Pathophysiology and current clinical management preeclampsia. *Curr Hypertens Rep* 2017;19(8):61.
9. Stellenberg EL, Ngwekazi NL. Knowledge of midwives about hypertensive disorders during pregnancy in primary healthcare. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2016;8(1):e1-e6.
10. Ramavhoya IT, Maputle MS, Lebesse RT, Ramathuba DU, Netshikweta LM. Managing hypertensive disorders during pregnancy in low resource settings. *Hypertens Pregnancy* 2019;38(4):230-6.
11. Sheikh S, Qureshi RN, Khowaja AR, Salam R, Vidler M, Sawchuck D, et al. Health care provider knowledge and routine management of pre-eclampsia in Pakistan. *Reprod Health* 2016 Sep 30;13(Suppl 2):104.
12. Olaoye T, Oyerinde OO, Elebuji OJ, Ologun O. Knowledge, perception and management of pre-eclampsia among health care providers in a maternity hospital. *Int J MCH AIDS* 2019;8(2):80-8.
13. Pallangyo AS, Seif SA. Knowledge and attitude of healthcare providers on managing pre-eclampsia and eclampsia during antenatal care in Mwanza Region-Tanzania. *SAGE Open Nursing* 2023;9:23779608231193745.
14. Ministry of health Lao PDR. Report on the implementation of the public health development plan 2019 and the public health development plan 2020. Lao PDR: Ministry of health Lao PDR;2020. (in Laos)
15. Khammouane province hospital. Medical records of the labor room ward at Khammouane province hospital 2018-2022. Lao PDR: Khammouane province hospital;2022. (in Laos)
16. Association of Obstetrics and Gynecology of Lao PDR, Ministry of health Lao PDR. A handbook for necessary care during normal childbirth and complications. Lao PDR: World Health Organization and JICA;2020. (in Laos)
17. Vongsavanthong P, Muangpin S. Perceived competence for risk screening and initial management of hypertensive disorder during pregnancy among midwives/nurses in Bolikhamxay Province Lao PDR. *NGRC* 2022 Mar 25;534–44. (in Thai)

18. Department of organization and personnel, Department of health care, Ministry of health Lao PDR. Standards of practice for clinical midwifery, Lao PDR. Lao PDR: Ministry of health Lao PDR;2019. (in Laos)
19. Bennett S, Bourgeois C, Cassidy A, Cloutier-Holtz K, Corbin A, Darling E, et al. Clinical practice guideline hypertensive disorders of pregnancy [internet]. Canada: Association Ontario Midwives;2012 [cited 2021 June 15]. Available from:
<https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20full%20guidelines/CPG-HDP-PUB.pdf>
20. Fitzgerald L, Evans C. Pre-eclampsia & eclampsia provider's guide. United States of America: Johns Hopkins University;2017.
21. Murray M, Sundin D, Cope V. Benner's model and duchscher's theory: providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. Nurse Educ Pract 2019 Jan;34:199-203.
22. World Health Organization, UNFPA, UNICEF. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO;2017:S49–S72.
23. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: explored and explained. British J Appl Sci 2015;7(4):396–403.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกแบบมีความชื้นสูงต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแล

กรรณิกา แสนแก้ว พย.บ.* อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.** ประกายแก้ว ศิริพูล ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก (heated humidified high flow nasal cannula: HHHFNC) ในผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาล ช่วยลดปริมาตรสูญเสียของออกซิเจนและลดแรงต้านทานในโพรงจมูก เกิดแรงดันบวกในระบบ ซึ่งช่วยลดการใช้พลังงานในการหายใจ อันส่งผลให้อัตราการหายใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดีขึ้น พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีความรู้ รับรู้ความสามารถตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาล

วิธีวิจัย: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก จำนวน 15 คน ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล เท่ากับ 1.00, 0.89 และ 1.00 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) และ kuder-richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95, 0.99 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลเครื่องมือ HHHFNC ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุปผล: ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อให้เพิ่มพูนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ทำให้ผู้ป่วยเด็กเล็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ความรู้ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก พยาบาลวิชาชีพ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672125, KEMOU6713 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วันที่รับบทความ 19 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 15 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of the perceived self-efficacy promoting program among professional nurses based on clinical nursing practice guideline for hospitalized young children receiving heated humidified high flow nasal cannula therapy on knowledge, perceived self-efficacy and care behaviors

Khannika Saenkaew B.N.S.* Atchariya Wonginchan Ph.D.** Prakaikaew Siripoon Ph.D.***

Abstract

Heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC) in hospitalized young children help reduce volume of oxygen loss and resistance in the nasal cavity. It also creates a positive pressure in the system, which helps to reduce the energy required for breathing, resulting in better respiratory rate and blood oxygen saturation. Nurses who perform care duties need to have knowledge, be aware of their own abilities, and have appropriate behaviors for caring for this group of young children.

Objective: To study the effects of a program to promote perceived self-efficacy of professional nurses according to clinical nursing practice guideline for young children receiving HHHFNC on knowledge, perceived self-efficacy and care behavior for young children in a hospital.

Method: This was a quasi-experimental research study with 15 professional nurses working in the pediatric ward. Data were collected over a two-month period. The research instruments were validated by five experts, yielding content validity index (CVI) values of 1.00 for the knowledge questionnaire, 0.89 for the self-efficacy questionnaire, and 1.00 for the care behavior questionnaire. The reliability of the knowledge questionnaire, the self-efficacy questionnaire, and the care behavior questionnaire were tested, using Cronbach's alpha coefficient and the Kuder-Richardson 20 (KR-20) coefficient, resulting in reliability coefficients of 0.95, 0.99, and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The professional nurses had significantly higher mean scores of knowledge, perceived self-efficacy, and HHHFNC instrument care behavior after receiving the program ($p < 0.05$). The behavior of caring for young children before and after receiving the program was not significantly different ($p > 0.05$). **Conclusion:** Professional nurses should be encouraged to participate in the program to enhance their knowledge, perceived self-efficacy, and care behaviors for young children receiving HHHFNC therapy, which will improve the quality of life of pediatric patients.

keywords: perceived self - efficacy; heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC); knowledge; care behavior; professional nurses

Ethical approval: HE672125, KEMOU6713, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 19 January 2025, Revised 7 June 2025, Accepted 15 October 2025

*A student of master of nursing science in pediatric nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

E-mail: watcha@kku.ac.th

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

บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กเล็ก คือ โรคติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงถุงลมในปอดแบบเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน หมายถึง การติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง และ 2) โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หมายถึง การติดเชื้อตั้งแต่หลอดลมจนถึงถุงลมในปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส มีอาการ ได้แก่ คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม ไข้ต่ำ เจ็บคอ และปวดเมื่อยตัว เป็นต้น อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของโรคติดเชื้อคือ โรคปอดอักเสบ (pneumonia) หรือปอดบวม¹ ปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 79,104 คน เสียชีวิต จำนวน 5 ราย² นอกจากนี้ โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ โรคกล่องเสียงอักเสบ (viral croup) โรคหลอดลมอักเสบ (bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchiolitis) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Corona virus disease) หรือ COVID-19 เป็นต้น เป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลันของระบบหายใจในผู้ป่วยเด็กเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่เด็กจะมีอาการภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) ทำให้หายใจหอบเหนื่อยและหายใจเร็วผิดปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพของกลไกการทำงานของปอดลดลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในระดับเซลล์ที่ลดลง ส่งผลทำให้ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เกิดภาวะขาดออกซิเจนในร่างกาย³ นำไปสู่การภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวตามมา⁴ อาจทำให้มีปัญหารุนแรงต่อระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้นและในที่สุดเสียชีวิตได้ หรืออาจเกิดปัญหาเรื้อรังเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ สถิติหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็ก อายุตั้งแต่มากกว่า 1 เดือน ถึง 3 ปี ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จำนวน 6,696 ราย พบว่า โรคปอดอักเสบมากที่สุด จำนวน 1,551 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.1 จากจำนวนผู้ป่วยเด็กเล็กทั้งหมด และปี พ.ศ. 2562 ทางโรงพยาบาลขอนแก่นได้เริ่มนำเครื่องช่วยหายใจชนิดการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก (High flow nasal cannula: HFNC) หรือมีชื่อเรียกว่า Heated humidified high flow nasal cannula (HHFNC) ซึ่งผู้ป่วยเด็กเล็กที่ต้องได้รับการบำบัดด้วย HHFNC มีประมาณ 5-7 รายต่อวัน และในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยเด็กเล็กต้องได้รับการบำบัดด้วย HHFNC เพิ่มขึ้นประมาณ 6-8 รายต่อวัน⁵

ผู้ป่วยเด็กเล็กควรได้รับการบำบัดระบบหายใจ (respiratory therapy or respiratory care) เป็นการบำบัด โดยปรับองค์ประกอบของก๊าซที่ใช้หายใจ ความดัน ความชื้น อุณหภูมิ และฝอยละออง เพื่อให้ระบบหายใจทำหน้าที่เป็นปกติ หลอดลมและถุงลมเปิดโล่งอยู่ตลอดเวลา⁶ ส่วนการช่วยเหลือการหายใจด้วย HHFNC เป็นการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก และมีความเข้มข้นคงที่ผ่านทางจมูก ผ่านอุปกรณ์ให้ความชื้นและปรับอุณหภูมิให้อุ่นอย่างเพียงพอ ช่วยลดปริมาตรสูญเสียปลายโพรงจมูก ลดแรงต้านทานในโพรงจมูก (nasopharyngeal) และทำให้เกิดแรงดันบวกในระบบช่วยให้ลดการใช้พลังงานในการหายใจได้อย่างปลอดภัย⁷ การใช้ HHFNC ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเล็กลดระยะเวลาในการให้ออกซิเจนลง ลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าห้องไอซียู ลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ และทำให้อัตราการหายใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดีขึ้น⁸ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่สำคัญ มีหน้าที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา เฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง จึงควรได้รับการส่งเสริมให้ทำหน้าที่รับผิดชอบในความปลอดภัยทั้งร่างกายและชีวิตของผู้ป่วยเด็กเล็ก ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย⁹

พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กควรมีความรู้ด้านวิชาการ การปฏิบัติ จริยธรรม แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานการพยาบาลให้มีคุณภาพและรักษา ไว้ ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ⁹ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หลายด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ด้านทักษะการปฏิบัติ ด้านกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ด้านการสื่อสารที่เหมาะสม และด้านบริหารจัดการ สอดคล้องกับ การศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ภายหลังพัฒนาสมรรถนะ และมีทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁰ พยาบาลวิชาชีพนอกจากมีหน้าที่ให้บริการแก่สังคมแล้ว พฤติกรรมในการดูแลตนเองและ ผู้อื่นก็เป็นสิ่งสำคัญ¹¹ สิ่งทีกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ดีมีหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ สิ่งกระตุ้นอารมณ์ ทัศนคติ และสภาพแวดล้อม เป็นต้น โดยรวมพยาบาลวิชาชีพจึงควร เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้พิทักษ์สิทธิและผู้นำการเปลี่ยนแปลง¹² ตัวอย่าง เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลของพยาบาลต่อความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹³ และผลการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ของ พยาบาลตามการรับรู้ของมารดา พบว่า พฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลที่มารดารับรู้ว่าได้รับมาก ที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการสร้างค่านิยมที่แสดงออก ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่ และความเคารพต่อ ปัจเจกบุคคล¹⁴

การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC มีความละเอียดอ่อนและสำคัญยิ่ง เพื่อให้ การดูแลมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการดูแลรักษา จำเป็น อย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ รับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต้องมีการระบุนการชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ การศึกษาโปรแกรมการฝึกอบรมการหยาเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะการใช้ เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁵ และการศึกษา ถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็ก โดยใช้เครื่อง HHHFNC ที่พัฒนาขึ้น เพื่อทดลองการใช้งานระยะเวลา 3 เดือน พบว่า การมีความรู้ และความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยเด็กเล็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลมีความสำคัญยิ่ง¹⁶ ตัวอย่าง เช่น การศึกษาผลการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และหลังได้รับการบำบัด พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลัง ทดลองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจภายหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁸ และการศึกษา การส่งเสริมสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาล โดยการประเมินประสิทธิผล ของโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาล พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และ ทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁹

ตามแนวคิดของ Bandura อธิบายว่า บุคคลมีความเชื่อหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมออกมาดี มีความยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สิ่งที่สามารถกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองตามสภาวะการณ์นั้น²⁰ ซึ่งบุคคลจะสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ ได้ มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) เช่น คำแนะนำ อธิบาย การสะท้อนคิด การใช้คำพูดชื่นชม เป็นต้น 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) มี 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) หรือตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) ได้แก่ แบบแสดงอารมณ์ ของเล่นคู่มือ หนังสือ การ์ตูน สื่อออนไลน์ วิดีโอหรือโทรทัศน์ เป็นต้น 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience) เช่น กิจกรรมร่วมฝึก การแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHFNC เป็นต้น และ 4) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดพร้อมยกตัวอย่างบุคคลที่มีประสบการณ์ในการได้รับการส่งเสริมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHFNC เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ต้องการได้บรรลุเป้าหมาย²⁰⁻²¹ ตัวอย่างการศึกษาตามแนวคิดของแบนดูรา เช่น ผลของโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดแบนดูราโดยใช้เกมมิฟิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ มีค่าสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)²² จากผลการศึกษาดังกล่าว หากพยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม น่าจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรากำลังสูงทางจมูกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาลที่เหมาะสม น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHFNC ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้ป่วยเด็กเล็กอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจน่าจะได้รับการดูแลบำบัดด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรากำลังสูงทางจมูกอย่างถูกต้องและมีคุณภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ด้วยการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตรากำลังสูงทางจมูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

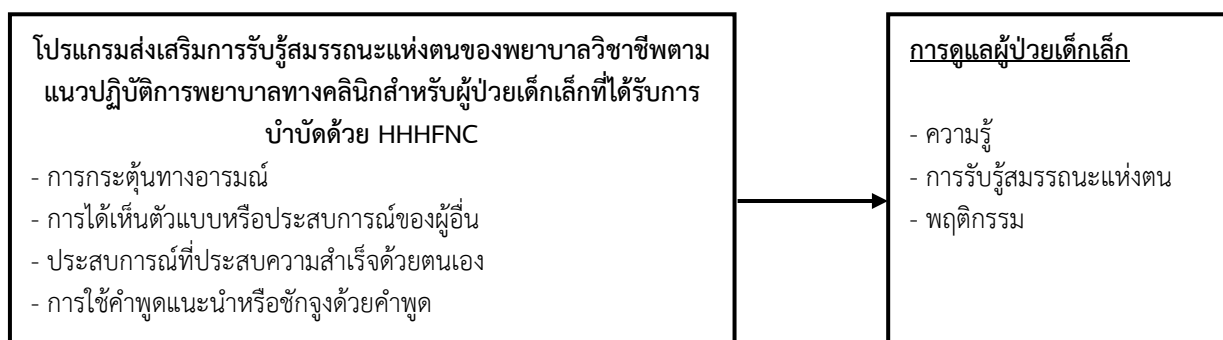
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHFNC ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กตามแนวปฏิบัติการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Bandura²⁰ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เมื่อบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีความอดทน อุสาหะและกระตือรือร้น จะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น และมีความคาดหวังผลลัพธ์ (outcome expectation) ที่จะเกิดขึ้น หากบุคคลมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีความมั่นใจถึงความสามารถในตนเองจะมีความพยายามอุสาหะและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จมากได้ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กสร้างตามแนวคิดของ Bandura ประกอบด้วย 2.1) การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการประเมินความพร้อมของร่างกายร่วมกับการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการทำกิจกรรม 2.2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เช่น ตัวแบบสัญลักษณ์ คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น 2.3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เช่น กิจกรรมร่วมฝึก การแสดงบทบาท เป็นต้น และ 2.4) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด เช่น คำแนะนำ คำพูดชักจูง การตอบคำถาม การให้กำลังใจ เป็นต้น สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงตามรูปที่ 1 ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (one group pre-posttest design repeated measured) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ตามแนวคิดเบนดورا

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกทั้งหมด โดยมีการคำนวณขนาดประชากร โดยใช้โปรแกรม G*power ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.9 และมีการกำหนดขนาดอิทธิพลของ Cohen ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.8²³ สามารถคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ะดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาล ที่สภากาชาดไทยรับรองมีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และไม่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) มีประสบการณ์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก 3) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) พยาบาลที่อยู่ในระยะการทดลองงานที่ 6 เดือน ในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น 2) พยาบาลวิชาชีพขอถอนตัวในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC มีเนื้อหาครอบคลุม การกระตุ้นทางอารมณ์ การได้เห็นตัวแบบหรือจากประสบการณ์ของผู้อื่น การประสบความสำเร็จจากการกระทำและการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และ 2) การให้ข้อมูล เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กผ่านสื่อ 2 ชนิด ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “รู้ไว้ ใส่ใจกับหนูน้อย high flow” และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ google classroom เป็นสื่อการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสะดวก โดยแบ่งบทเรียนออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก ความยาว 3.01 นาที ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูกและหลักการทำงานของ HHHFNC ความยาว 3.54 นาที ตอนที่ 3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูก ความยาว 3.22 นาที และตอนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ความยาว 5.00 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ เลือกคำตอบ “ถูก” เท่ากับ 1 คะแนน คำตอบ “คำตอบผิดหรือไม่ทราบ” เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC แบ่งเป็น 3 ระดับ²⁴ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-6.67 หมายถึง อยู่ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 6.68-13.33 หมายถึง อยู่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 13.34-20.00 หมายถึง อยู่ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ประกอบด้วย เนื้อหาเชิงความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เป็นการเลือกตอบแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยที่ 1 หมายถึง มั่นใจน้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ และแบ่งการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 20.00-46.67 หมายถึง อยู่ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 46.68-73.33 หมายถึง อยู่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 73.34-100.00 หมายถึง อยู่ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กก่อนได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC จำนวน 10 ข้อ 2) การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กขณะได้รับการบำบัด จำนวน 5 ข้อ 3) การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กหลังได้รับการบำบัด จำนวน 5 ข้อ 4) การดูแลบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่องให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูก หลังการใช้งาน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ตอบถูก (/) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องครบขั้นตอนทั้ง 3 ครั้ง ตอบผิด (X) หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมไม่ถูกต้องเพียง 1 ครั้ง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน และการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-9.00 หมายถึง อยู่ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 9.01-19.00 หมายถึง อยู่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 19.01-30.00 หมายถึง อยู่ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง ผ่านการพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ 1 คน กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลเด็ก 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กโรคระบบการหายใจ หอผู้ป่วย 2 ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 1 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 คน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00, 0.89 และ 1.00 ตามลำดับ และนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2 ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.99 ด้วยวิธี kuder-richardson 20 (KR-20) ของความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก เท่ากับ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ เป็นเครื่องมือที่ผ่านเกณฑ์เหมาะสมต่อการนำไปใช้งาน²⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการศึกษา และอธิบายประโยชน์การเข้าร่วมโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นและสอบถามข้อสงสัย พร้อมให้ลงชื่อในแบบฟอร์มตอบรับเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC แยกตอบเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีขั้นตอน ประกอบด้วย 1.1) การกระตุ้นทางอารมณ์ จัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลาย (relaxation zone) สำหรับการฟังและแนะนำก่อนร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยเลือกช่วงเวลาตามที่กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวก เช่น วันหยุด หรือหลีกเลี่ยงช่วงเวลาหลังการปฏิบัติงานช่วงเวรตึก (เวลา 24.00-8.00 น.) หรือช่วงเวลาที่ได้พักผ่อนเพียงพอหลังปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้มีสมาธิและมีความพร้อมก่อนร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามและบอกกล่าวความรู้สึก รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ส่งผลต่อการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองได้ 1.2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยมีกิจกรรมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “รู้ไว้ ใส่ใจกับหนูน้อย High Flow” มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้งานเครื่องบำบัด HHHFNC และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็น power point มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC และผ่านแพลตฟอร์มการเรียนรู้ google classroom หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามทันที

2) เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีขั้นตอน ประกอบด้วย 2.1) การกระตุ้นทางอารมณ์ และการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ดำเนินกิจกรรมลักษณะคล้ายกับครั้งที่ 1 และ 2.2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมการฝึกปฏิบัติจริงและ กิจกรรมปฏิบัติร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 2.3) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด เป็นกิจกรรมการได้รับคำแนะนำและรับคำปรึกษาทั้งจากผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่าง

3) เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีขั้นตอน ประกอบด้วย 3.1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สรุปปัญหาและประโยชน์ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และ 3.2) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด ดำเนินกิจกรรมลักษณะคล้ายกับครั้งที่ 2

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผล โปรแกรมฯ ด้วยการเก็บรวบรวมการแบบสอบถามความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแล

ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลก่อนและหลัง ทำการแจกแจงข้อมูลด้วย shapiro-wilk test กรณีแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value}>0.05$) จะวิเคราะห์ด้วย paired t-test นำเสนอด้วยความต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า p-value หากพบว่า ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value}<0.05$) จะวิเคราะห์ด้วย wilcoxon signed-rank test การศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริก (non-parametric) วิเคราะห์ด้วย wilcoxon signed-rank test และนำเสนอผลของความต่างด้วยค่า p-value ทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรม HE672125 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2567 และผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้กับโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่จริยธรรม KEMOU6713 ลงวันที่ 12 กันยายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ด้วยการชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย บอกถึงประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 36.07 ปี ($SD=3.62$) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.33 มีตำแหน่งงานส่วนมากเป็นพยาบาลระดับชำนาญการ ร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 40.00 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก มากที่สุดจากอบรม/สัมมนาทางวิชาการ ร้อยละ 66.67 รองลงมาจากการศึกษาด้วยตนเองและสื่อออนไลน์ ร้อยละ 60.00 และ 53.33 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก (N=15 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	15	100.00
ชาย	0	0.00

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก (N=15 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ =36.07, SD=3.62)		
20-30	1	6.67
31-40	13	86.66
41 ปีขึ้นไป	1	6.67
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	93.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.67
ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
ระดับปฏิบัติการ	6	40.00
ระดับชำนาญการ	9	60.00
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก (ปี) ($\bar{X}$ =8.67, SD=5.65)		
ไม่เกิน 5 ปี	5	33.33
6-10	4	26.67
11 ปี ขึ้นไป	6	40.00
เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC*		
ปฐมนิเทศเข้าปฏิบัติงาน	4	26.67
อบรม/สัมมนาทางวิชาการ	10	66.67
เรียนรู้ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน	7	46.67
ศึกษาด้วยตนเอง	9	60.00
สื่อออนไลน์	8	53.33

*สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพยาบาลวิชาชีพ

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเข้าโปรแกรมเฉลี่ยสูงถึง 15 (SD=3.00) ครั้งต่อคน มีระยะเวลาเข้าใช้งานโปรแกรมเฉลี่ย 15.33 (SD=1.73) นาทีต่อคน โดยใช้เวลาเรียนรู้เมนูแนะนำของโปรแกรมและรายละเอียดงานวิจัยเฉลี่ย 4.27 (SD=0.18) นาทีต่อคน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการเข้าใช้งานสื่อการเรียนรู้บทเรียนที่ 3 คือ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูก ใช้เวลามากที่สุดเฉลี่ย 15.49 นาทีต่อคน รายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด สูงสุด และเฉลี่ยคะแนน การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC (N=15)

ข้อมูล	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
การเข้าโปรแกรม (ครั้ง)	0	15.00	15.00	3.00
ระยะเวลาเข้าใช้งานโปรแกรม (นาที)	13.61	16.92	15.33	1.73
ระยะเวลาเข้าใช้งานเมนูแนะนำโปรแกรมฯ และงานวิจัย (นาที)	4.09	4.42	4.27	0.18
ระยะเวลาเข้าใช้งานสื่อการเรียนรู้ 4 บทเรียน (นาที)				
1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก	13.28	15.77	15.12	0.73
2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูกและหลักการทำงานของ HHHFNC	13.28	17.58	15.46	2.19
3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC	13.44	17.29	15.49	1.97
4. ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC	13.24	17.06	15.24	2.03

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า อันดับเฉลี่ย (mean rank: MRR) หรือคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ก่อนมีอันดับเฉลี่ย เท่ากับ 14.80 คะแนน (SD=2.60) และหลังมีอันดับเฉลี่ยเท่ากับ 19.40 คะแนน (SD=1.30) อันดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งก่อนมีอันดับเฉลี่ย เท่ากับ 88.27 คะแนน (SD=12.26) และหลังมีอันดับเฉลี่ย เท่ากับ 94.80 คะแนน (SD=8.68) และคะแนนพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่คะแนนพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลเครื่องมือ HHHFNC หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N=15)

คะแนนก่อนและหลังทดลอง	mean rank	SD	wilcoxon signed-rank test	p-value
ความรู้				
ก่อนการทดลอง	14.80	2.62	-3.300	0.001*
หลังการทดลอง	19.40	1.30		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N=15) (ต่อ)

คะแนนก่อนและหลังทดลอง	mean rank	SD	wilcoxon signed-rank test	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนการทดลอง	88.27	12.26	-2.610	0.009*
หลังการทดลอง	94.80	8.68		
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม				
ก่อนการทดลอง	26.80	6.07	-1.651	0.100
หลังการทดลอง	29.40	1.40		
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก				
ก่อนการทดลอง	18.00	3.63	-1.022	0.307
หลังการทดลอง	19.40	1.40		
พฤติกรรมการดูแลเครื่องมือ HHHFNC				
ก่อนการทดลอง	8.80	2.68	-2.032	0.042*
หลังการทดลอง	10.00	0		

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้ (MRR=14.80, SD=2.62) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (MRR=88.27, SD=12.26) และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก (MRR=26.80, SD=6.07) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมมีระดับความรู้ (MRR=19.40, SD=1.30) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (MRR=94.80, SD=8.68) และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก (MRR=29.40, SD=1.40) โดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะ อุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ก่อนได้รับข้อมูลพยาบาลมีความรู้ ($\bar{X}$ =9.70, SD=3.00) ทักษะ ($\bar{X}$ =71.80, SD=3.60) และการปฏิบัติ ($\bar{X}$ =25.90, SD=5.90) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับข้อมูลพยาบาลมีความรู้ ($\bar{X}$ =15.50, SD=2.20) ทักษะ ($\bar{X}$ =89.10, SD=9.40) และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =32.10, SD=6.50) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง²⁶ อาจเนื่องมาจากพยาบาลสามารถเข้าถึงเนื้อหาสื่อการเรียนรู้ ทั้ง 4 บทเรียน ผ่านสื่อออนไลน์ได้ตลอดเวลา หากเกิดข้อสงสัยหรือต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม

ผลการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC เนื่องด้วยเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพมีรูปแบบน่าสนใจ ทันสมัย ผ่านการเรียนรู้จากสื่อการเรียนการสอนทาง google

classroom ซึ่งเป็นแนวทางที่พยาบาลสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ง่าย สะดวก และแบบทันทีทันใด (real time) เนื่องจากการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้ทันเวลา หรือการให้ความรู้และตอบคำถามสุขภาพแก่ผู้รับบริการให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพเบื้องต้นเป็นสิ่งจำเป็น การใช้ตัวแบบตามแนวคิดของ Bandura เช่น สื่อการเรียนการสอนผ่าน google classroom ทำให้เกิดความรวดเร็วในการเข้าถึงเนื้อหาตามต้องการได้²⁷ หากพิจารณาการเข้าถึงเนื้อหาตามโปรแกรม ในตารางที่ 2 ข้างต้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพเข้าใช้งานโปรแกรม เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 15.33 นาทีต่อคน และมีกิจกรรมการสาธิตการใช้ HHHFNC กับผู้ป่วยเด็กเล็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมการใช้คำพูดแนะนำและการกระตุ้นทางอารมณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการทุกวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี ศุกร์ เวลา 13.00 ถึง 14.00 นาฬิกา โดยกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มย่อย 3-4 คน สามารถเลือกเข้าในช่วงเวลาที่สะดวกได้ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด ตัวอย่าง คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาการอ่อนเพลียจากเคมีบำบัด พบว่า พยาบาลมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาการอ่อนเพลียจากเคมีบำบัด ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)²⁸ และการกระตุ้นทางอารมณ์ ตัวอย่าง คือ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดติดเชื้อโควิด-19 ของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พยาบาลมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)²⁹

ผลการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนพฤติกรรมการบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่อง HHHFNC สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC เนื่องด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบน่าสนใจ ทันสมัย ผ่านสื่อการเรียนการสอนทาง google classroom มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการทำงานของ HHHFNC และการบำรุงรักษา ซึ่งเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ ตามแนวคิดการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เช่น พยาบาลวิชาชีพไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์น้อยในการใช้เครื่อง HHHFNC เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน (มากกว่า 1 เดือน) จึงมีพฤติกรรมการดูแลเครื่อง HHHFNC ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้พฤติกรรมการบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่อง HHHFNC สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งใช้ระยะเวลาเปรียบเทียบก่อนและหลังห่างกัน 1 เดือน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติการสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)³⁰ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กตามแนวปฏิบัติการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม มีอายุเฉลี่ย 36.07 ปี (SD=3.62) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กเล็กเฉลี่ย 8.67 ปี (SD=5.65) การรับรู้คุณค่าในวิชาชีพของตนเองจะสูง มีความรู้ความสารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กมาก เมื่อปฏิบัติหน้าที่จะให้ความสำคัญกับคุณค่าชีวิตของผู้ป่วยเด็กเล็กมากกว่า³¹ ดังนั้น การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ จึงไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง

สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ส่งผลให้มีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กได้อย่างเหมาะสมได้ดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก การรักษาบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงทางจมูกและหลักการทำงานของ HHHFNC บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก และแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็ก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC การบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่อง HHHFNC ดังนั้นการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่พยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC จะช่วยกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ รับรู้ความสามารถของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพแตกต่างกันเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกไปขยายผลใช้งานในหลายพื้นที่มากขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในโรงพยาบาลอย่างเป็นวงกว้างได้ดีขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในระยะเวลาที่มากขึ้น เพื่อสรุปผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ให้มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือได้
3. ควรมีการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

References

1. Penchat S. Acute infectious diseases: Respiratory system in children [Internet]. Bangkok: Child and Adolescent Health Center, Phyathai Hospital 1;2020 [updated 2025; cited 2024 Nov 21]. Available from: https://www.phyathai.com/th/article/2764-โรคติดเชื้อเฉียบพลัน_ร
2. Thongphak O. Report on the situation of 5 important infectious diseases in children in 2023 [Internet]. Bangkok: Pediatric Communicable Diseases Division, General Communicable Diseases Division, Department of Disease Control;2024. [updated 2025; cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4148720240312035207.pdf>
3. Pornmesri A, Chintapanyakun T, Mettraipan P, Sriphraram K. Effectiveness of development in clinical nursing practice guidelines for child patients received heated humidified high flow nasal cannula in Samutprakarn Hospital. NJPH 2019;29(3):118-30. (in Thai)

4. Fisher A, Roberts A, McKinlay AR, Fancourt D, Burton A. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and well-being of people living with a long-term physical health condition: a qualitative study. *BMC public health* 2021;21:1801.
5. Khon Kaen Hospital. Statistics of the pediatric ward, fiscal year 2019 to 2022. Khon Kaen: Children's Ward, Khon Kaen Hospital;2022. (in Thai)
6. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2014;2(12):979-87.
7. Techthanangkru A. Nursing manual for patients with respiratory failure treated with high flow nasal cannula. 5th ed. Bangkok: Nursing Department of Internal Medicine and Psychiatry, Nursing Division, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University;2020. (in Thai)
8. Lin J, Zhang Y, Xiong L, Liu S, Gong C, Dai J. High-flow nasal cannula therapy for children with bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child* 2019;104(6):564–76.
9. Aussawapronwiput W. Standards of nursing care: nursing process and professional ethics. *PH.PL* 2016;2(3):393–400. (in Thai)
10. Kwampain W, Wongcharoen N, Dungsuriya P, Thanan N. Effects of professional nurse competency development in caring for patients using ventilators while referring. *ECH Journal* 2025;10(1):322-31. (in Thai)
11. Hanyut O, Wongsaree C. Ethical behavior for professional nurses. *JRTAN* 2018;19(3): 33–7. (in Thai)
12. Mounghum S. Nurses' role in diabetic foot care. *JRTAN* 2017;18(Suppl):1-10. (in Thai)
13. Khamenkan K, Phunsa S, Poogpan J, Butpool J, Saengkaew R. The effect of a program of nurses providing information to parents' knowledge and satisfaction on caring for hospitalized children. *Nursing Journal CMU* 2017;44(2):71-80. (in Thai)
14. Chanchaenrat W, Srichantarant A, Prasopkittikun T. Nurses' caring behaviors as perceived by Burmese migrant mothers. *Nursing Journal CMU* 2017;44(3):41-51. (in Thai)
15. Sarapan P. Effects of nursing practice guidelines for weaning ventilators in surgical intensive care unit Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2024;9(1):417-27. (in Thai)
16. Chiaranai C, Benjarak A, Kingsanthia K, Prommart S. Nursing care of critical patients with mechanical ventilation: self-care theory and the application of nursing systems theory. *J H Nsg Edu* 2022;28(1):322-31. (in Thai)
17. Janma Y, Wongtan S, Suthamma W, Korree A. Development of a nursing model for critically ill neonate and pediatric patients receiving Heated Humidified High Flow Nasal

- Cannula (HHHFNC), Nakornping Hospital. *Nursing Journal CMU* 2021;48(3):290–304. (in Thai)
18. Pengpist K, Khunlan TS. Effects of promoting perceived self-efficacy program on perceived self-efficacy and behavior of nurses to prevent ventilator-associated pneumonia. *J Nurs Sci Health* 2017;40(2):1-12. (in Thai)
 19. Boonmuang N. Effectiveness of the use of ventilator training program among nurses at Thungsong Hospital in Nakhon Si Thammarat Province. *TJN* 2021;70(2):19-26. (in Thai)
 20. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company;1997.
 21. Riegel B, Westland H, Iovino P, Barelds I, Slot JB, Stawnychy MA, et al. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: a scoping review. *Int J Nurs Stud* 2021;116:103713.
 22. Wongnonglaeng S, Thanattheerakul C, Wonginchan A. The effects of health program based on Bandura's theory using gamification on perceived self-efficacy in health care of school-age children with thalassemia. *J Nurs Ther Care* 2021;39(2):117–26. (in Thai)
 23. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175–91.
 24. Langprasert S. Book review: using theory for behavioral science research. *JSSMESR* 2022;3(2):60-2. (in Thai)
 25. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: IMHP-SaC. *J Nurs Sci Health* 2022;45(1):99-111. (in Thai)
 26. Phongam P, Wonginchan A. The effects of providing information about the hypothermia prevention guideline in preterm infants on the knowledge, attitude, and practice of nurses in the intermediate care unit. *J Nurs Sci Health* 2024;47(1):26-39. (in Thai)
 27. Supamanee T, Thana K. Social media networking: consideration for nurses. *Nursing J* 2015;42(2):164-8. (in Thai)
 28. Uttama J, Kantawang S, Mesukko J. Effects of educational program on nurses' knowledge and self-efficacy in caring for leukemic children with chemotherapy induced fatigue. *Nursing J* 2016;43(3):1-12. (in Thai)
 29. Champapee P, Woonghakaw M, Tadt K. The effectiveness of the self-efficacy program on knowledge, attitude, and behavior of patients with Covid-19 infection at the operating room in Maha Sarakham Hospital. *MSKHJ* 2022;19(3):77-90. (in Thai)
 30. Raimaturapong J, Hongthongdaeng P, Saruaysuwan N, Kongeim W. The effects of professional nurses' competency promotion program on knowledge and practice of

- caring for patients with gynecological cancer receiving chemotherapy in Samutprakan hospital. SMPK HOS J 2023;1(1):18-30. (in Thai)
31. Thiautvitee T, Jumpamool A. Factors influencing patient-centered care as perceived by registered nurses working in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Srinagarind Med J 2019;34(2):198-204. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

กิติวัฒนา ศรีวงศ์ วท.ม.* ธนัญฐธมน มัธยะจันทร์ ส.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 64 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบให้อยู่ในระดับที่สูงกว่าค่ามาตรฐานตามแนวคิดของ Cohen ดำเนินการวิจัยในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ALL) ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมการพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และการทดสอบที (paired t-test และ independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กก่อนและหลังการเรียนรู้ในระดับดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการเรียนรู้ภายในแต่ละกลุ่ม พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.75$, $p\text{-value}=0.01$, $t=2.30$, $p\text{-value}=0.03$ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.46$, $p\text{-value}=0.13$) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมด้วยสถานการณ์เสมือนจริง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลได้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ในสถานการณ์ทางคลินิกที่มีความซับซ้อน จึงสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาทักษะด้านจริยธรรมทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พฤติกรรมจริยธรรม หลักจริยธรรม

เลขที่จริยธรรมการวิจัย COA.1-037/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2568

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล Thanatthamon.m@siu.ac.th

The effects of an ethical principle applying program in simulation-based learning on ethical behaviors in pediatric nursing practice

Kitivadhana Sriwong M.Sc.* Thanatthamon Matthayachan M.P.H.**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of an ethical principle applying program in simulation-based learning on ethical behaviors in pediatric nursing practice. The sample consisted of 64 third-year nursing students selected via multi-stage random sampling. The sample was divided into 2 groups, including 32 nursing students in experimental groups and 32 nursing students in control groups. The statistical power was set higher than the standard level according to Cohen's criteria. The research was conducted during the first semester of the academic year 2024. The research tool was a simulation scenario of nursing care for a child with acute lymphoblastic leukemia (ALL) who required chemotherapy. The data collection instruments included a questionnaire on ethical behavior in pediatric nursing practice and an assessment tool for ethical nursing behavior in a simulation scenario. Data were analyzed using descriptive statistics (including percentages, means, standard deviations), paired t-test, and independent t-tests.

The research results found that the experimental and control groups had very good mean scores on ethical behavior in pediatric nursing practice before and after the learning program. A statistically significant difference was found between the pre- and post-learning mean scores within each group ($t=2.75$, $p\text{-value}=.01$, $t=2.30$, $p\text{-value}=.03$ in the experimental and control groups, respectively). However, no statistically significant difference was found between the experimental and control groups after the learning program ($t=1.46$; $p\text{-value}=.13$). The findings suggested that the program for ethical principle applying simulation-based learning could promote ethical behaviors in pediatric nursing practice, especially in complex clinical situations. Therefore, this approach can be applied in learning to develop ethical nursing skills effectively.

keywords: simulation-based learning; pediatric nursing practice; ethical behaviors; ethical principle

Ethical approval: COA.1-037/2024, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 21 February 2025, Revised 29 May 2025, Accepted 17 October 2025

*Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University, Corresponding author, E-mail: Thanatthamon.m@siu.ac.th

บทนำ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่จำลองสถานการณ์ในบริบทการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และเผชิญกับปัญหาที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ในชีวิตจริง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ความพึงพอใจของผู้เรียน ทั้งยังเป็นการบูรณาการระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติทางคลินิก¹⁻² สถานการณ์เสมือนจริงถูกออกแบบมาให้มีการตอบสนองคล้ายกับมนุษย์จริง ช่วยให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำหลายครั้ง นำไปสู่การพัฒนาทักษะ เชี่ยวชาญ และความมั่นใจก่อนให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจริง³ จึงนับว่าเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาทักษะ ทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง พัฒนามาจากแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning cycle theory) ของโคลป์ ซึ่งอธิบายว่า การเรียนรู้เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of experience) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์จริงผ่านการทำกิจกรรม 2) การสะท้อนคิดผ่านการเขียน หรือการอภิปราย 3) การสรุปเป็นองค์ความรู้เชิงนามธรรม และ 4) นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว จะเกิดขึ้นอย่างเป็นวัฏจักร⁴⁻⁶ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนสอน ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ ศึกษาวิธีการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (scenario) เตรียมอุปกรณ์สร้างสถานการณ์จำลอง โดยระบุหัวข้อ จุดประสงค์ จำนวนฉาก (scene) รวมถึงเตรียมสถานที่ ผู้เรียน และเครื่องมือวัดผล 2) ระยะการสอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การนำเข้าสู่สถานการณ์ (pre-briefing) 2) การดำเนินสถานการณ์ (scenario running) และ 3) การสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing)^{5,7} ในขั้นตอนนี้ นิยมใช้ GAS model ที่พัฒนาโดย Phrampus & O'Donnell ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) gathering data: การตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) analysis: การวิเคราะห์พฤติกรรม ความรู้สึก เหตุผลในการตัดสินใจ สิ่งใดที่ทำได้ดี และสิ่งที่สามารถปรับปรุงได้ และ 3) summary: การสรุปบทเรียน และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ครั้งต่อไป^{1,8}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สามารถพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ให้กับผู้เรียน อาทิ การศึกษาของ ชัตติยาพร คนเที่ยง และคณะ ได้ศึกษาความมั่นใจ และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติซ้ำต่อเนื่องในสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นเสมือนจริง พบว่า คะแนนความมั่นใจในตนเอง และการตัดสินใจทางคลินิก กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.00$)⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ สอนงญาติ และคณะ ที่ศึกษาความสามารถ และความมั่นใจก่อนและหลังการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง ในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการตรวจร่างกาย หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และกลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)¹⁰ นอกจากนี้ การศึกษาของตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ และคณะ ได้ศึกษาการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ และทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ก่อนและหลังจัดการเรียนรู้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.00$)¹¹ รวมถึงการศึกษาของ Ayed A และคณะ ที่ศึกษา

การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลเด็กโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจทางคลินิก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.00$)¹²

ในด้านการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรม การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้แก่ผู้เรียนได้นำความรู้ด้านจริยธรรมประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง¹³ โดยหลักจริยธรรมทางการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ การบอกความจริง (veracity) การเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย (autonomy) การทำหน้าที่แทน (advocacy) การทำประโยชน์ (beneficence) ความซื่อสัตย์ (fidelity) ความยุติธรรม (justice) การไม่ทำอันตราย (non-maleficence) ความรับผิดชอบ (responsibility/accountability) และความเอื้ออาทร (caring)¹⁴ ดวงแข รักไทย และนิตยา ชีพประสพ ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 พบว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีความสามารถเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะด้านการเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ รวมถึงความปรารถนาให้ผู้ป่วยได้รับความสุขบนพื้นฐานของการยอมรับในความต้องการ และสภาพอาการของผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมนั้น จำเป็นต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการพยาบาลเด็ก เช่น เด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง มักต้องเผชิญกับการรักษาที่ซับซ้อน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว การใช้สถานการณ์เสมือนจริง จึงเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะ และบ่มเพาะพฤติกรรมจริยธรรม ในบริบทที่ใกล้เคียงความเป็นจริง โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็กและครอบครัว

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรม ในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมให้เหมาะสม และปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

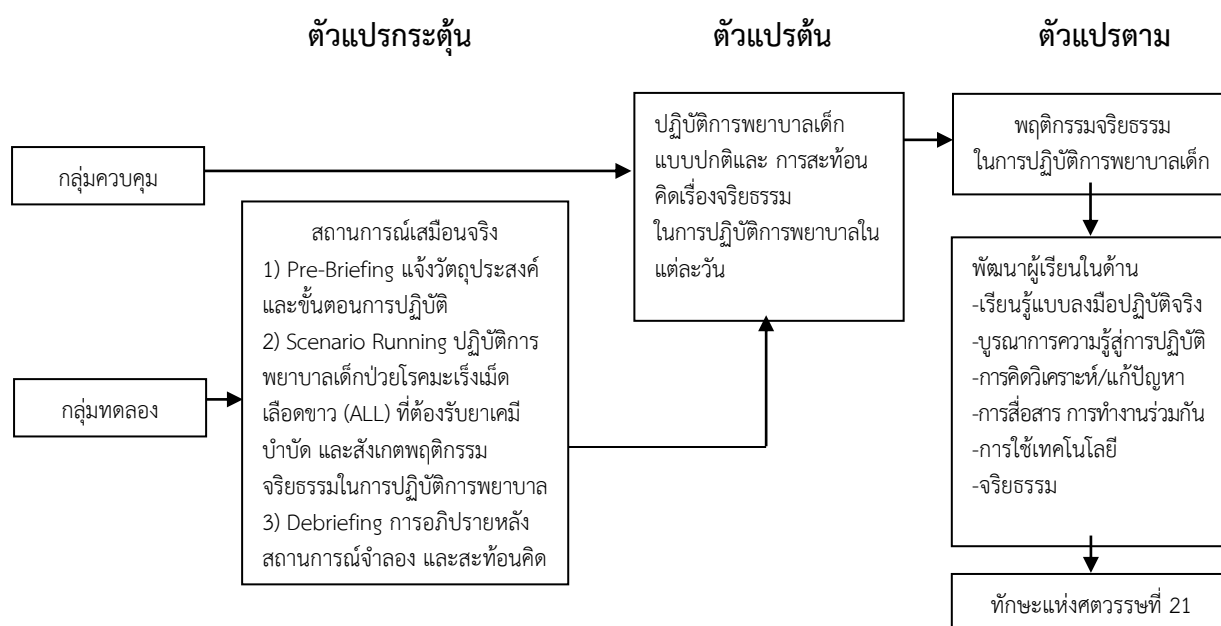
สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอน ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ อ้างอิงจากแนวคิดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb ซึ่งเชื่อว่า การเรียนรู้เกิดขึ้นผ่านการแปลงประสบการณ์เป็นองค์ความรู้ โดยผู้วิจัยออกแบบ

การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์เสมือนจริง (SBL) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง 2) การดำเนินสถานการณ์จำลอง และ 3) การสรุปผลการเรียนรู้ โดยผู้เรียนได้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ นำไปสู่การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง⁷ ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการใช้เทคโนโลยี³ อีกทั้งยังส่งเสริมการพัฒนา soft skills ด้านจริยธรรม¹⁶⁻¹⁷ จากการบูรณาการหลักจริยธรรมทางการพยาบาลในแต่ละฉาก (scene) ของสถานการณ์จำลอง จึงเป็นการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่ตอบสนองทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างเหมาะสม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

หลักจริยธรรม หมายถึง แนวทางในการประพฤติ หรือการแสดงออกที่เหมาะสม ได้แก่ การบอกความจริง การเคารพเอกสิทธิ์ การทำหน้าที่แทน การทำประโยชน์ ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม การไม่ทำอันตราย ความรับผิดชอบ และความเอื้ออาทร

พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การแสดงออกตามหลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 117 คน ที่ลงทะเบียนรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 การทดสอบที่แบบสองกลุ่มอิสระ กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ของ Cohen ¹⁸ กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 70 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัยในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจึงปรับค่าอำนาจการทดสอบเป็น 0.90 และยังคงสูงกว่าค่ามาตรฐานตามแนวคิดของ Cohen จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 56 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 แบ่งเกรดเฉลี่ยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ เกรดเฉลี่ย 2.00-2.50 แทนด้วย หมายเลข 1 เกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 แทนด้วย หมายเลข 2 และเกรดเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.01 แทนด้วย หมายเลข 3 จากนั้นจับฉลากที่ระบุชื่อกลุ่ม เพื่อคณะผู้เรียนในกลุ่มให้มีความหลากหลาย ได้เป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7-8 คน ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่ม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้จำนวน 8 กลุ่ม ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยเลือกนิเทศกลุ่มที่สุ่มได้ เพื่อสามารถสังเกต และเก็บข้อมูลทั้งในสถานการณ์จำลอง และบนหอผู้ป่วย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน และกลุ่มทดลอง 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผ่านการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก วิชาจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์พยาบาลมาก่อน ยังไม่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมได้ตลอดในระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ขอยุติ หรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดในระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ สถานการณ์จำลอง (scenario) ในการพยาบาลเด็กป่วยเป็นโรคเมี่ยงเม็ดเลือดขาว (ALL) ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลเด็กป่วยโรคเมี่ยงเม็ดเลือดขาว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างสถานการณ์จำลอง 2) สร้างสถานการณ์จำลองในการปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ฉาก (scene) คือ (1) ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การตอบ ข้อซักถามเพื่อให้เข้าใจ และการขอความยินยอมรักษา (2) หลังได้รับยาเคมีบำบัด ที่เกี่ยวข้องกับ อาการข้างเคียงจากยา ความวิตกกังวลของเด็กป่วยและครอบครัว และ (3) ระยะฟื้นตัว ที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการรับยา และการให้ความรู้แก่มารดาในการดูแลเด็กป่วย โดยผู้เรียนจะปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นเด็กเหมือนจริงสมรรถนะสูง ผู้ช่วยในสถานการณ์ จำนวน 2 คน แสดงบทบาทเป็นมารดา และแพทย์ผู้รักษาหลักจริยธรรมที่มุ่งเน้น คือ การตัดสินใจอย่างอิสระ การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย การทำหน้าที่แทน ความรับผิดชอบ และความเอื้ออาทร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ และแบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 24 ข้อ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยของศิริวรรณ เมืองประเสริฐ โดยขออนุญาตใช้เครื่องมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹⁴ นำมาปรับให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ แบบวัดที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ-สม่ำเสมอ 4 หมายถึง ปฏิบัติ

เป็นส่วนใหญ่ หรือบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจริยธรรม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง อยู่ในระดับพอใช้

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมการพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริง เป็นแบบเลือกตอบ (observational checklist) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมตามรายการ จำนวน 15 ข้อ เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการเคารพเอกสิทธิ์ (6 ข้อ) การทำหน้าที่แทน (1 ข้อ) การทำประโยชน์และความเอื้ออาทร (8 ข้อ) ให้คะแนนแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติครบถ้วน ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางส่วน ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน รวม 30 คะแนน และสรุปผลการเรียนรู้ โดยใช้ GAS model ประกอบด้วย gathering: บอกความรู้สึก/ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ analysis: ปัญหาที่พบในสถานการณ์การปฏิบัติของผู้เรียนและเหตุผลที่ปฏิบัติเช่นนั้น และ summary: ผู้เรียนบอกข้อดี สิ่งที่ต้องปรับปรุง และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการพยาบาลเด็ก ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล และด้านการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (SBL)

1. สถานการณ์จำลอง (scenario) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ และลงข้อมูลในโปรแกรมควบคุมหุ่น ทดลองการดำเนินสถานการณ์ ก่อนนำไปใช้จริง (alpha test and beta test)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติทางการพยาบาลเด็ก ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ปรับเพิ่มตามคำแนะนำ

3. แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง (scenario) และการสะท้อนคิดโดยใช้ GAS Model ให้คะแนน 3 และ 4 ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

1. สถานการณ์จำลอง นำไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติทางการพยาบาลเด็ก นำคะแนนมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมการพยาบาลในสถานการณ์ ประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) 2 คน percentage absolute agreement ได้เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียน ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2. ฝึกปฏิบัติ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยผู้เรียนฝึกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และหอผู้ป่วยเด็ก สลับกันหอผู้ป่วยละ 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน ผู้เรียนทุกคนจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 วัน

3. ก่อนเริ่มการฝึกปฏิบัติ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (pre-test) ผ่าน google form พร้อมกัน ใช้เวลาในการตอบ ประมาณ 20 นาที

4. ระหว่างการฝึกปฏิบัติ

4.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ และผู้วิจัยเป็นผู้นำการสะท้อนคิดเรื่องจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล วันละ 30 นาที จำนวน 9 วัน ต่อหอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 18 วัน ตัวอย่างคำถาม

“จาก..... นักศึกษามีความคิดเห็นอย่างไร และนักศึกษาได้ทำอะไรบ้าง”

“ครูสังเกตเห็น..... นักศึกษาช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....”

“นักศึกษาคิดว่า สิ่งใดที่นักศึกษาทำได้ดี (ในสถานการณ์นั้น)”

“ถ้ามีโอกาสได้พบสถานการณ์เช่นนี้อีก มีสิ่งใดที่อยากจะแก้ไข เพราะอะไร”

“จากสถานการณ์..... นักศึกษาได้เรียนรู้อะไรบ้าง”

4.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง (pre-briefing) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ แนะนำสถานที่ อุปกรณ์-เครื่องใช้ คุณสมบัติ-การใช้งานหุ่นเด็กเสมือนจริง บทบาทของผู้ช่วยในสถานการณ์ และบทบาทผู้เรียน พร้อมชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติ (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นที่ 2 การดำเนินสถานการณ์จำลอง (scenario running) กลุ่มทดลองเข้าปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง กลุ่มละ 4 คน โดยแต่ละกลุ่มจะดำเนินกิจกรรมแยกกันจนกว่าจะเสร็จสิ้น ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมพยาบาลของผู้เรียนต่อหุ่นเด็กเสมือนจริง และผู้ช่วยในสถานการณ์ จากห้องควบคุม พร้อมทั้งส่งเสริม-กระตุ้นผู้เรียน ในกระบวนการเรียนรู้ (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นที่ 3 การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลอง (debriefing) หลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง ในแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนสะท้อนความรู้สึกรวมถึงพฤติกรรมของตนเองที่ปฏิบัติในสถานการณ์ ด้วย GAS model (ใช้เวลา 30 นาทีต่อกลุ่ม)

ภายหลังจากนั้น กลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบปกติ และการสะท้อนคิดเรื่องจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

5. หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (post-test) ใน google form พร้อมกัน ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดย

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเรียนการเรียนรู้ โดยใช้สถิติ paired sample t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent sample t-test

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น (assumption) ของการใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) โดยประเมินลักษณะการแจกแจงของข้อมูลว่า มีการแจกแจงแบบปกติ (normality) โดยการทดสอบจากสถิติ Shapiro-wilk ซึ่งเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กถึงปานกลาง¹⁹ พบว่า ข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุม (p-value=.14) และกลุ่มทดลอง (p-value=.07) มีการแจกแจงปกติ เนื่องจากมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ (p-value=.05) จึงเป็นไปตามสมมติฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา รหัสหนังสือรับรอง (certificate number) COA.1-037/2024 รหัสโครงการ 67-042-1-2 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงจุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการศึกษา รวมทั้งผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 64 คน เพศหญิง 61 คน (ร้อยละ 95.31) เพศชาย 3 คน (ร้อยละ 4.69) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=64)		กลุ่มควบคุม (n=32)		กลุ่มทดลอง (n=32)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศชาย	03	4.69	00	00	03	09.38
เพศหญิง	61	95.31	32	100.00	29	90.62

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลก่อนการเรียนรู้ กลุ่มควบคุม $\bar{X}=4.67$, $SD=0.34$ กลุ่มทดลอง $\bar{X}=4.77$, $SD=0.33$ อยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่ม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กหลังการเรียนรู้ กลุ่มควบคุม $\bar{X}=4.76$, $SD=0.26$ และกลุ่มทดลอง $\bar{X}=4.81$, $SD=0.20$ อยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่มเช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กกลุ่มควบคุมหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.30$,

p-value=.03) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กกลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.75$, p-value=.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเรียนการรับรู้ (n=64)

	ก่อนเรียน			หลังเรียน			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
กลุ่มควบคุม (n=32)	4.67	0.34	ดีมาก	4.76	0.26	ดีมาก	2.30	.03*
กลุ่มทดลอง (n=32)	4.77	0.33	ดีมาก	4.81	0.20	ดีมาก	2.75	.01*

*p-value<.05

จากการดำเนินสถานการณ์ (scenario running) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ด้านการทําประโยชน์ และความเอื้ออาทร มีค่ามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 28 ด้านการเคารพสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 18 และด้านการทําหน้าที่แทน คิดเป็นร้อยละ 4

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์หลักจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง หลังการเรียนรู้ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.46$, p-value=.13) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (n=64)

	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม: ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ	32	4.76	0.26	1.46	.13
กลุ่มทดลอง: ได้รับโปรแกรม	32	4.81	0.20		

อภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเรียนรู้ อยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ก่อนและหลังการเรียนรู้ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) อภิปรายได้ว่า การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนั้น แต่ละสัปดาห์ผู้เรียนทั้งสองกลุ่มได้เรียนรู้จากเด็กป่วยและครอบครัวในสถานการณ์จริงและหลากหลาย อีกทั้ง ยังได้รับการสะท้อนคิดจริยธรรมภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวัน ซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนวิเคราะห์ตนเองจนเกิดการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรม นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้เรียนรู้จากโปรแกรมก่อนฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เมื่อต้องเผชิญกับเด็กป่วยและครอบครัว จึงสามารถนำประสบการณ์ไปปรับใช้ในสถานการณ์จริง แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ ทั้งการฝึกปฏิบัติตามปกติ และการได้รับโปรแกรม สามารถพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมให้แก่ผู้เรียนได้ เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ วีรวรรณ เกิดทอง และคณะ²⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง ประกอบด้วย การประชุมปรึกษาทางจริยธรรม การตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรม รายงานวิเคราะห์ประเด็นทางจริยธรรม และการสะท้อนคิดทางจริยธรรม พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจริยธรรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนจัดการเรียนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

พฤติกรรมจริยธรรมในสถานการณ์จำลอง พบว่า 1) แสดงออกให้เห็นความเอาใจใส่ ห่วงใยอย่างจริงใจ ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล เสนอตัวช่วยเหลือโดยไม่ได้รับร้องขอ พฤติกรรมนี้สอดคล้องกับจริยธรรมด้านความเอื้ออาทร (caring) และการทำประโยชน์ (beneficence) และสอดคล้องกับแนวคิดของ Watson ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย²¹ 2) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาแก่มารดา ก่อนให้การรักษ และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และเคารพการตัดสินใจของมารดา ตรงกับจริยธรรมด้านการเคารพเอกลัทธิ (respect for autonomy) และ 3) มีการสอบถามข้อมูลที่ต้องการจากแพทย์ เพื่อให้เด็กป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์ ตรงกับจริยธรรมด้านการทำหน้าที่แทน (advocacy) ซึ่งเป็นจริยธรรมสำคัญของพยาบาลเด็ก แสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง และมีการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ (debriefing) สามารถส่งเสริมการเรียนรู้เชิงจริยธรรมได้ลึกซึ้งขึ้น ยังส่งเสริมให้ผู้เรียนตระหนักและนำหลักจริยธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) อภิปรายได้ว่า การสะท้อนคิดจริยธรรมภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงจริยธรรม จึงส่งผลให้พฤติกรรมจริยธรรมของผู้เรียนทั้งสองกลุ่มพัฒนาในระดับใกล้เคียงกัน การที่ไม่มีความแตกต่าง สะท้อนว่าการใช้สถานการณ์เสมือนจริงในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ด้วยพฤติกรรมจริยธรรมเป็นคุณลักษณะที่มีความซับซ้อน และมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงออกของนักศึกษา เช่น บริบทของหอผู้ป่วย ทักษะคิดของพยาบาลต้นแบบ รวมถึงบรรยากาศการเรียนรู้ ซึ่งชุดมารักษาบางแหลม และคณะ¹³ ได้ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมจริยธรรมที่เหมาะสม มีพื้นฐานมาจากภายในตนเอง โดยได้รับการปลูกฝังทัศนคติทางจริยธรรมที่ดีจากครอบครัว ก่อนจะพัฒนาเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติ และชนันภรณ์ ใจเสาะดี¹⁶ มีความเห็นว่า ไม่มีเทคโนโลยีใดที่จะสามารถบ่มเพาะจิตสำนึกที่ดี คุณธรรม-จริยธรรมได้ การส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาทางคุณธรรม-จริยธรรมของบุคคล พฤติกรรม และการเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้สอน สามารถเปลี่ยนผู้เรียนให้เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรมที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการเรียนรู้เชิงรุก โดยบูรณาการสถานการณ์ทางจริยธรรมเข้ากับการพัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ ผ่านสถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม และเกิดการบ่มเพาะคุณธรรม-จริยธรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ยังสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ทั้งด้านดิจิทัล การเรียนรู้ และทักษะชีวิต โดยผู้เรียนได้มีประสบการณ์จริงในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในบริบทของการศึกษาพยาบาลในยุค next normal ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบสถานการณ์จำลอง โดยเพิ่มความหลากหลายให้ครอบคลุมจริยธรรมการพยาบาลในมิติอื่น ทั้งนี้ การเพิ่มสถานการณ์อาจช่วยให้สามารถประเมินพฤติกรรมจริยธรรมได้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรมีการจัดอบรมผู้ช่วยในสถานการณ์ (configurate) ให้มีความพร้อมและสามารถทดแทนกันได้ เพื่อควบคุมคุณภาพและความสม่ำเสมอในการดำเนินสถานการณ์ ลดความเหนื่อยล้า และลดอคติ (bias) ที่เกิดจากความแปรปรวนในการแสดงบทบาท
3. ใช้ผู้ประเมินภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสอนโดยตรง เพื่อเพิ่มความเป็นกลาง หรือลดอคติ (bias) ที่อาจเกิดจากความคุ้นเคยกับผู้เรียน
4. ควรมีการติดตามผลความคงอยู่ของพฤติกรรมจริยธรรมในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงผลของโปรแกรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ใช้สถานการณ์จำลอง (scenario) เพียง 1 สถานการณ์ เนื่องจาก มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดำเนินการ หากมีการขยายระยะเวลา รวมถึงเพิ่มจำนวนสถานการณ์ อาจส่งผลให้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมจริยธรรมที่ชัดเจนขึ้น
2. สถานการณ์จำลองในครั้งนี้ มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยในสถานการณ์ ร่วมกับหุ่นเด็กจำลอง เพื่อให้สถานการณ์เสมือนจริงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การดำเนินสถานการณ์ (scenario running) หลายครั้ง ส่งผลให้ผู้ช่วยมีความเหนื่อยล้า อาจมีผลต่อความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาท และบรรยากาศในแต่ละครั้ง แม้ผู้วิจัยจะพยายามควบคุมความแปรปรวนให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด แต่ก็อาจมีผลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนบางราย
3. งานวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก แม้ข้อมูลจะเป็นพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล แต่ข้อคำถามอาจไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง หรือความเข้าใจในข้อคำถาม อาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มผู้เรียนที่ผู้วิจัยนิเทศการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สามารถสังเกตประเมินพฤติกรรมจริยธรรม และเป็นผู้นำการสะท้อนคิดจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นกลางของผลการวิจัย
4. การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้กำหนดค่าอำนาจการทดสอบให้อยู่ในระดับที่สูงกว่าค่ามาตรฐานขั้นต่ำตามแนวคิดของ Cohen

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปด้วยดี ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. Khumsuk W, Nillapun M. Simulation-based learning. JCCPH 2021;3(1):1-11. (in Thai)

2. Mulyadi M, Tonapa SI, Rompas SSJ, Wong R-H, Lee B-O. Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurs Educ Today* 2021;107:105127.
3. Jamjang S, Atthamatakul W, Nilliaum R, Wongyara N. The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students. *JPCN* 2021;4(3):178-94. (in Thai)
4. Rajaguru V, Park J. Contemporary integrative review in simulation-based learning in nursing. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18,726:1-12.
5. Chudjuajeen S, Wutisukpaisan S, Khumsuk W. Simulation-based learning: application of nursing teaching. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi* 2022;5(1):17-31. (in Thai)
6. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Acad Manag Learn Educ* 2005;4(2):193-212.
7. Chansungnoen J. Simulation based learning: nursing education. *Journal of Southern Technology* 2021;14(1):145-53. (in Thai)
8. Tritrakarn P. Effective debriefing of medical simulations. *Siriraj Med Bull* 2017;10(3):180-5. (in Thai)
9. Konthiang K, Samerchua W, Niramom P, Chaichana J. The effects of repeated practice in high fidelity patient simulation on self-confidence and clinical judgment among nursing students. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2023;5(2):1-16. (in Thai)
10. Sanongyard J, Muangchang Y, Siritirakul L. Effects of using simulation-based learning of respiratory system examination model on the ability and confidence to perform children's respiratory system examination of nursing students. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi* 2022;5(3):205-17. (in Thai)
11. Punsomreung T, Kanhadilok S, Prasertsri R, Inchaithep S. Effects of case-based learning and simulation-based learning on students' perceptions of clinical judgment and students' clinical judgment. *JNAE* 2021;14(1):14-32. (in Thai)
12. Aayed A, Khalaf AI, Fashafsheh I, Saleh A, Brwadi H, Abuidhail J. Effect of high-fidelity simulation on clinical judgement among nursing students. *INQUIRY* 2022;59:1-6.
13. Rukbanglaem C, Krungkeaw W, Songloed D, Tantanokit J, Sehaphun N. Development of ethical behaviors in nursing practicum of nursing students towards authentic learning approach. *JMND* 2023;10(8):188-201. (in Thai)
14. Nursing Council. Ethics promotion manual for nursing organizations: mechanisms and practices. 2nd ed. Bangkok: Judtong;2019.
15. Rakthai D, Cheeprasop N. Moral competence in nursing practice among nursing students in Boromarajonani college of nursing, Trang. *JLEMLI* 2021;8(2):297-306. (in Thai)

16. Jaisaodee C. The Use of active learning in the moral and ethical development of youth in the 21st century. *Payap University Journal* 2024;34(1):165-80. (in Thai)
17. Sedgwick M, Yanicki S, Harder N, Scott D. A scoping review of the integration of ethics education in undergraduate nursing high fidelity human simulation-based learning. *JCN* 2021;30(5-6):605-14.
18. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Erlbaum;1988.
19. Thato R. *Nursing research: concepts to application*. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printery;2023.
20. Keadthong W, Sueamak W, Thanaroj S. Outcomes of cultivating ethical behaviors using an instructional model grounded in authentic learning in nursing students at Boromarajonani college of nursing, Surat Thani, Faculty of nursing Prabormrajchanok Institute. *Journal of Nursing and Health Science Research* 2024;16(1):1-14. (in Thai)
21. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado;2008.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ปร.ด.* สุภาพักตร์ หาญกล้า ศษ.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2568 ภาคการศึกษาต้น จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93, 0.99, 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความวิตกกังวลและชั้นปีที่ศึกษา โดยมีความสัมพันธ์ในระดับมาก ($r=0.642$, $p<0.001$) และระดับเล็กน้อย ($r=0.299$, $p<0.001$) ตามลำดับ ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ในระดับมาก ($r=-0.561$, $p<0.001$) และระดับเล็กน้อย ($r=-0.280$, $p<0.001$) ตามลำดับ

สรุป นักศึกษาที่มีความวิตกกังวลสูง และชั้นปีการศึกษาที่สูง มีแนวโน้มความเครียดสูง ขณะที่นักศึกษาที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีแนวโน้มความเครียดต่ำ การจัดการเรียนการสอนควรใช้ข้อมูลนี้ วางแผนกิจกรรมเตรียมความพร้อมและให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่นักศึกษาก่อนออกฝึกปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อช่วยลดความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ทางคลินิก

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 10-06-2568 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน
วันที่รับบทความ 16 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 ตุลาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 20 ตุลาคม 2568

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล soianu@kku.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Factors related to stress among nursing students before maternal, infant and midwifery nursing practice at a higher education institution

Soiy Anusornteerakul Ph.D.* Suphaphak Harnklar M.Ed.**

Abstract

This correlation study examined factors related to stress among nursing students before maternal, child, and midwifery practicum at a higher education institution. The sample consisted of 153 third and fourth-year nursing students in the first semester of the 2025 academic year. The instruments used included a demographic questionnaire, a stress assessment scale, an anxiety assessment scale, a self-esteem assessment scale, and a self-efficacy assessment scale. The cronbach's alpha coefficients of the four latter scales were 0.93, 0.99, 0.82, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The study results found that factors significantly positively related to stress among nursing students before maternity, child, and midwifery practicum were anxiety level and year of study, with strong ($r=0.642$, $p<0.001$) and weak ($r=0.299$, $p<0.001$) correlations, respectively. Conversely, factors significantly negatively correlated with stress included perceived self - efficacy and self-esteem, with strong ($r=-0.561$, $p<0.001$) and weak ($r=-0.280$, $p<0.001$) correlations, respectively.

Conclusion students with high anxiety levels and those in higher academic years tend to experience higher stress levels, while students with high self-efficacy and high self-esteem tend to experience lower stress levels. Teaching management should use this information to plan preparatory activities and provide psychological support to students before their nursing practice to help reduce stress and enhance clinical learning.

keywords: nursing student; factors related to stress; maternal child and midwifery nursing practice

Ethical approval: 10-06-2025, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 16 August 2025, Revised 15 October 2025, Accepted 20 October 2025

*Associate professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus,
Corresponding author, Email: soianu@kku.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ทางทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติ ซึ่งมีความแตกต่างจากสายวิชาชีพอื่น ๆ อย่างชัดเจน ทั้งในด้านรูปแบบการเรียนการสอนและความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้อื่น นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพที่เน้นการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการจริงในสถานพยาบาล โดยฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ (ปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ) ที่มีลักษณะแตกต่างจากรายวิชาอื่น ๆ ที่ต้องให้การดูแลมารดา ทารกในครรภ์ ทารกแรกเกิด ทั้ง 2 ชีวิตไปพร้อม ๆ กัน นักศึกษาจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ หญิงคลอดบุตร หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด ให้ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากขาดความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ อาจทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้¹⁻² ในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษา มีนักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ทับซ้อนกัน 2 ชั้นปี ในปีการศึกษา 2568 ภาคการศึกษาต้น คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เตรียมฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เตรียมฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 มาแล้ว³ จึงมีพื้นฐานความรู้ ความคุ้นเคยกับสถานการณ์จริงก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ทั้ง 2 ชั้นปี ได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจลักษณะเดียวกัน เพื่อช่วยลดความเครียดก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ จริง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ทั้ง 2 ชั้นปี จะได้รับการเตรียมความพร้อมแล้ว แต่คาดว่านักศึกษาทั้ง 2 ชั้นปี อาจยังมีความเครียดที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านประสบการณ์การฝึกปฏิบัติและประสบการณ์สะสมที่ผ่านมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับชั้นปีการศึกษา โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความเครียดสูงที่สุด ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีความเครียดน้อยที่สุด เนื่องจากประสบการณ์และความมั่นใจมากกว่า⁴ ซึ่งขัดแย้งกับบางการศึกษา พบว่า อายุ ชั้นปีการศึกษา และผลการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด⁵ ส่วนการศึกษาในบางสถาบัน พบว่าความเครียดของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการเรียน (GPA) และค่าใช้จ่าย⁶ รวมถึงการศึกษาที่พบว่าชั้นปีการศึกษาและผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล^{4,7} นอกจากนี้ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ความเครียดมากขึ้น⁸ และบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงอาจมีความเครียดต่ำ และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้^{1-2,9-10} ขณะที่นักศึกษาที่รับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้น้อย ทำให้เกิดความเครียดและความไม่มั่นใจ² มีบางงานวิจัยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษามากที่สุด⁹⁻¹⁰ ซึ่งขัดแย้งกับบางการศึกษาที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง¹¹ ทั้งนี้ความเครียดระดับสูงส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ท้องผูก หัวใจเต้นแรง ขาดสมาธิ เบื่อหน่าย และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้^{1,6,12} ความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษา อาจทำให้นักศึกษาหลีกเลี่ยงการฝึกปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานลดลง ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน^{2,6}

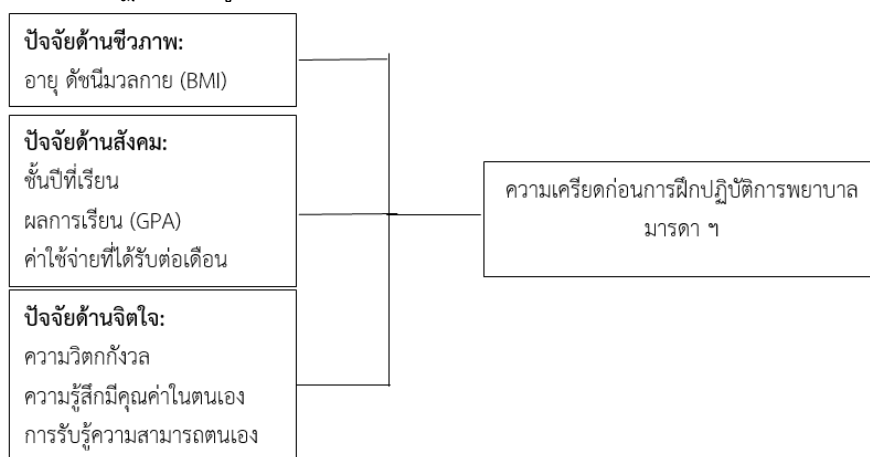
จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีความหลากหลาย ทั้งด้านชีวภาพ (อายุ BMI) ด้านสังคม (ประสบการณ์ที่สะสมหรือชั้นปีที่ศึกษา GPA ค่าใช้จ่าย) และด้านจิตใจ (วิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง) อีกทั้งผลการศึกษาในบางประเด็นยังขัดแย้งกัน นอกจากนี้ ความเครียดของนักศึกษายังขึ้นอยู่กับลักษณะของหอผู้ป่วยที่ฝึกปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อระดับความกดดันที่แตกต่างกัน¹³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตใจกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา โดยมุ่งเน้นเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เตรียมพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 ยังไม่ได้เข้าสู่รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา การศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ครอบคลุมนักศึกษากลุ่มนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนจัดการเรียนการสอน การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของนักศึกษา ก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติการจริง และลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเครียด เป็นภาวะตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหา เหตุการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นที่ประเมินว่าคุกคาม ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลและรู้สึกกดดันทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม¹⁴ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel เพราะความเครียดไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดเพียงอย่างหนึ่ง แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน¹⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ BMI^{6-7,12} ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล^{8,16} ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^{1-2,9-10} และการรับรู้ความสามารถตนเอง¹⁻² และด้านสังคม ได้แก่ ชั้นปี การศึกษา⁴ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ผลการเรียน (GPA)^{6-7,12} โดยเชื่อว่าปัจจัยชีวภาพ จิตใจ และสังคม มีความสัมพันธ์กันและสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ได้ ดังปรากฏในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน ถึง 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในปีการศึกษา 2568 ภาคการศึกษาต้น เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเตรียมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จำนวน 79 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเตรียมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลแล้ว เช่นเดียวกัน จำนวน 74 คน³ รวมทั้งหมด 153 คน การศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด เนื่องจากนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีจำนวนไม่มาก สำหรับการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์เชิงปริมาณ และลดความเสี่ยงของความลำเอียงจากการสุ่มตัวอย่าง (sampling bias) ไม่ถูกจำกัดหรือบิดเบือนจากการสุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มนี้ มีคุณสมบัติเฉพาะและตรงตามเกณฑ์การวิจัยทั้งหมด คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเตรียมความพร้อมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ทารก และการผดุงครรภ์ในห้องปฏิบัติการแล้ว ซึ่งไม่สามารถหากกลุ่มอื่นมาทดแทนได้ ความครอบคลุมประชากรทั้งหมด ทำให้ผลวิจัยสะท้อนสถานการณ์จริงได้ตรงที่สุด ผลลัพธ์ที่ได้มีความถูกต้องและเชื่อถือได้มาก สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการเรียนการสอนหรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาได้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เป็นนักศึกษาที่ผ่านการเตรียมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลฯ ในห้องปฏิบัติการแล้ว และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การเอาออก (withdrawal criteria) คือ ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม ไม่ส่งแบบสอบถามในวันที่กำหนด ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดพัฒนาตามกรอบแนวคิดด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของ Engel เพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านชีวภาพและสังคมเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่เรียน BMI ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนและ GPA

ส่วนที่ 2: ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย แบบประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบประเมินความวิตกกังวล GAD-7 (General anxiety disorder-7) มีข้อคำถาม 7 ข้อของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹⁷ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1-7 วัน) (1 คะแนน) เป็นบ่อย (>7 วันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงความวิตกกังวลมากขึ้น คะแนนการประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (0-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-14 คะแนน) และระดับสูง (15-21 คะแนน)

2.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's self esteem scale) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดยพักรวีวิไล ศรีแสง ซึ่งกชพร ธัญญานุรักษ์ นำมาใช้ในการวิจัยและสามารถเข้าถึงแบบประเมินแบบเปิด (open access) ได้ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85¹⁸ มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 5 ข้อ และคำถามทางลบ 5 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยส่วนน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ข้อคำถามทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม คะแนนทั้งหมด อยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนรวมมากขึ้น แสดงถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น คะแนนการประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁹

ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 เท่ากับ ระดับดี (32-40 คะแนน) คะแนนร้อยละ 60-79 เท่ากับ ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)

2.3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง (Schwarzer & Jerusalem's Self-Efficacy Scale) จำนวน 10 ข้อ นำมาแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดยเวทนี สุขมาก และคณะ มีงานวิจัยที่นำมาใช้และสามารถเข้าถึงแบบประเมินแบบเปิด ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87²⁰ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เป็นจริงมาก (3 คะแนน) เป็นจริงเล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) ข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม คะแนนทั้งหมด อยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนรวมมากขึ้นแสดงถึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น คะแนนการประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁹ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 เท่ากับ ระดับดี (32-40 คะแนน) คะแนนร้อยละ 60-79 เท่ากับ ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความเครียด (ตัวแปรตาม) ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบประเมินความเครียดของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹⁷ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) เป็นบ่อย ๆ (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) โดยคะแนนที่มากขึ้น แสดงถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดมากขึ้น คะแนนการประเมิน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เครียดปกติ (0-17 คะแนน) เครียดเล็กน้อย (18-25 คะแนน) เครียดปานกลาง (26-29 คะแนน) และเครียดมาก (30-60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความเครียดและความวิตกกังวล เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว และถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นของแบบประเมินที่ดี^{18,20} ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินอีกครั้ง กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 0.93, 0.99, 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ตามเอกสารเลขที่ 10-06-2568 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2568 โดยนักศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นความสมัครใจทั้งหมด ผู้ตอบสามารถเลือกที่จะไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อคะแนน การประเมินผล หรือความสัมพันธ์กับผู้วิจัย ข้อมูลที่กรอกจะถูกเก็บอย่างเป็นความลับ และใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยรายบุคคล การใช้ google form เป็นเพียงวิธีสะดวกในการรวบรวมข้อมูล ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินการเรียนการสอนหรือคะแนนของนักศึกษา การตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อคะแนนหรือการประเมินในรายวิชาใด ๆ และทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การเข้าร่วมช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการเรียนการสอนที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ google form โดยมีแบบชี้แจงอาสาสมัครพร้อมเพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบและส่งแบบประเมิน ใช้เวลาตอบแบบ

ประเมินประมาณ 20 นาที และขอความร่วมมือในการคืนแบบประเมิน ภายใน 3 วัน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ส่งแบบประเมินคืน ผู้วิจัยกระตุ้นเตือน 1 ครั้ง หลังการกระตุ้นเตือน เป็นเวลา 3 วันแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ส่งแบบประเมินคืน ผู้วิจัยตัดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความวิตกกังวล ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (spearman's rank correlation) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ one-sample kolmogorov-smirnov test ข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติ ($K-S=0.089$, $p<0.01$) และกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ (r) เป็น 4 ระดับ²¹ คือ มีความสัมพันธ์น้อยมาก (0.00-0.09) ความสัมพันธ์เล็กน้อย (0.10-0.29) ความสัมพันธ์ปานกลาง (0.30-0.49) และความสัมพันธ์มาก (0.50-1.00)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ทั้งหมด 153 คน ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 51.6 ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 48.4 ตอบแบบประเมินทั้งหมด ร้อยละ 100 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 29 ปี อายุเฉลี่ย 21.14 ± 1.19 ปี BMI ต่ำสุด 12.65 กก/ม² สูงสุด 39.06 กก/ม² เฉลี่ย 21.78 ± 4.68 กก/ม² GPA ต่ำสุด 1.98 สูงสุด 3.84 เฉลี่ย 2.80 ± 0.40 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนต่ำสุด 2,000 บาท สูงสุด 20,000 บาท เฉลี่ย $6,878.43 \pm 3,653.48$ บาท (ตารางที่ 1)

ความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปกติ (14.95 ± 9.36) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย (5.42 ± 3.90) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (29.80 ± 4.21 และ 29.63 ± 4.98 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนักศึกษาฯ

(N=153 คน)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	mean	SD	ระดับ
อายุเฉลี่ย	21.14 ปี	1.19	
BMI	21.78 กก/ม ²	4.68	
GPA	2.80	0.40	
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน	6,878.43 บาท	3,653.48	
ความเครียด	14.95	9.36	ปกติ
ความวิตกกังวล	5.42	3.90	เล็กน้อย
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	29.80	4.21	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเอง	29.63	4.98	ปานกลาง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 8 ปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดเป็นปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยทางด้านชีวภาพ

พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางบวก คือ ความวิตกกังวลในระดับมาก และชั้นปีที่ศึกษาในระดับเล็กน้อย ($r=0.642$, $p<0.001$ และ $r=0.299$, $p<0.001$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางลบกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในระดับมาก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระดับเล็กน้อย และ ($r=-0.561$, $p<0.001$ และ $r=-0.280$, $p<0.001$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา มากที่สุด คือ ความวิตกกังวล รองลงมาเป็นการรับรู้ความสามารถตนเอง ชั้นปีที่ศึกษา และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	ความเครียด		
	correlation	p-value	ระดับ
อายุ	0.146	0.073	
ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.105	0.196	
ชั้นปีที่ศึกษา	0.299	<0.001	เล็กน้อย
ผลการเรียน (GPA)	-0.040	0.630	
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน	0.133	0.102	
ความวิตกกังวล	0.642	<0.001	มาก
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-0.280	<0.001	เล็กน้อย
การรับรู้ความสามารถตนเอง	-0.561	<0.001	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาหลังการเตรียมความพร้อม และก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ เป็นปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา และปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่อธิบายว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม¹⁵ อธิบายได้ ดังนี้

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับชั้นปีที่เรียน แสดงให้เห็นว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความเครียดมากกว่าชั้นปีที่ 3 เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เคยผ่านประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาก่อน และต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้รับรู้ถึงความเสี่ยง ความไม่แน่นอน และแรงกดดัน เพราะประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้มีการรับรู้ความซับซ้อนของงาน และความเสี่ยงของสถานการณ์จริงได้มากกว่า ทำให้เกิดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา²² เกิดความเครียดและความวิตกกังวล^{9,11,23} ในขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ยังไม่มีประสบการณ์ตรงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ จึงยังไม่รับรู้ถึงความซับซ้อนของสถานการณ์จริง ส่งผลให้มีความเครียดน้อยกว่า²⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความเครียดน้อยกว่าชั้นปีที่ 4 ที่อธิบายว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ยังไม่มีประสบการณ์โดยตรงในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ยังไม่รู้สถานการณ์ในการดูแลมารดา ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การทำคลอดและการดูแลหลังคลอด²⁴ นอกจากนั้น สภาพแวดล้อมของห้องคลอด และหอผู้ป่วยมารดา-ทารกที่มีความเสี่ยงสูงในการฝึกปฏิบัติจริงที่เคยปฏิบัติงานมาแล้ว รวมทั้งการรับรู้

บรรยากาศในการฝึกปฏิบัติงานมาก่อน ส่งผลให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความเครียดสูงกว่า²⁵ ดังนั้น ประสบการณ์ที่ผ่านมามีผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษา

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ประกอบด้วย ความรู้สึกกังวล ไม่สบายใจ หรือหวาดกลัว⁷ เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจเกิดจากระบบประสาท Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA axis) ถูกกระตุ้น ส่งผลให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น cortisol และ adrenaline เพิ่มขึ้น ร่างกายจึงอยู่ในภาวะตื่นตัว (physiological arousal) อย่างต่อเนื่อง⁷ ทำให้การควบคุมอารมณ์และการรับรู้ลดลง เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่มีความท้าทายในการฝึกปฏิบัติ เช่น การทำคลอด หรือการดูแลทารกแรกเกิด นักศึกษาจึงมีแนวโน้มรับรู้สถานการณ์เหล่านั้น ว่าเป็นภัยคุกคามมากกว่าความท้าทาย นำไปสู่ระดับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้น⁷ การรับรู้สถานการณ์คุกคามในอนาคต เช่น กลัวทำการพยาบาลผิดพลาด หรือจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินไม่ได้ โดยเฉพาะการทำคลอด ความวิตกกังวลทำให้นักศึกษารับรู้สถานการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ คุกคามมากกว่าความเป็นจริง ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้น เมื่อนักศึกษามีความวิตกกังวลสูงจะประเมินสถานการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็นสถานการณ์คุกคามมากขึ้น (threat appraisal) เกิดอาการตื่นตัวทางกายและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความเครียดสูงขึ้นด้วย⁸ นอกจากนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมในห้องคลอดระหว่างการฝึกปฏิบัติงานฯ ที่เป็นภาวะวิกฤต ความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอน กลัวการประเมินผลที่เข้มงวด อาจส่งผลให้เกิดแรงกดดันทางอารมณ์และลดความมั่นใจของนักศึกษา กลัวสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีลักษณะกดดัน จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกคุกคามและความวิตกกังวล ส่งผลให้ระดับความเครียดสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ²⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศในนักศึกษาพยาบาลประเทศสเปน²⁷ และในประเทศจีน²⁸ ที่รายงานว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับความเครียดสูงขึ้น ก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิกสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองทางลบ เมื่อการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้นความเครียดจะลดลง การรับรู้ความสามารถตนเองเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของปัจจัย ทั้ง 3 ด้าน¹⁵ การรับรู้ความสามารถตนเองสูงสามารถช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาท HPA axis เมื่อนักศึกษาเผชิญสถานการณ์ฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ท้าทาย เช่น การทำคลอด การดูแลทารกแรกเกิด นักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นในตนเองจะเกิดการตอบสนองทางร่างกายที่เหมาะสม ลดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดและอาการทางร่างกาย²⁴ นักศึกษาที่รับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมองสถานการณ์การฝึกปฏิบัติงานเป็นโอกาสการเรียนรู้ (challenge appraisal) ไม่ใช่ภัยคุกคาม (threat appraisal) ซึ่งจะช่วยลดความกลัว ความล้มเหลว²⁴ การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจและการเผชิญกับงานที่ท้าทาย มองสถานการณ์ต่าง ๆ ในปัจจุบันและในอนาคตในด้านดี รวมทั้งเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติการกิจต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จได้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญและแก้ปัญหาในการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาที่รับรู้ความสามารถตนเองต่ำ ทำให้เกิดความเครียดและไม่มีความสุขในการฝึกปฏิบัติงาน^{2,11} มองงานที่ยากว่าเป็นภาวะคุกคาม (threat) มากกว่าท้าทาย (challenge) ทำให้ขาดความมั่นใจและเกิดความเครียด²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในมหาวิทยาลัยในปาเลสไตน์³⁰ และในมหาวิทยาลัยอเล็กซานเดรีย (Alexandria University)²⁶ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด นักศึกษาที่รับรู้ความสามารถตนเองสูง มีรายงานความเครียดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต่ำ

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นความเครียดจะต่ำลง บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมักสามารถควบคุมการตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดได้ดี โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียดในระดับที่เหมาะสม ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายทำงานเป็นปกติจึงมีระดับความเครียดต่ำ ในขณะที่ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักมีการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่รุนแรง เมื่อเผชิญความกดดัน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความเครียด²⁹ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมองตนเองในแง่บวก มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรับรู้สถานการณ์ความเครียดอย่างสมเหตุสมผล นักศึกษาที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในทางบวก ยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ยอมรับความผิดพลาดได้ง่ายกว่าปรับตัวได้ดี มีอุบัติการณ์การเกิดความเครียดต่ำ¹⁰ ในทางตรงกันข้าม นักศึกษาที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะประเมินสถานการณ์รุนแรงเกินจริง ขาดความมั่นใจและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ จึงมีแนวโน้มเกิดความเครียดสูงขึ้น⁹⁻¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความเครียดสูงขึ้น มีผลต่อการปรับตัวและการจัดการความเครียด⁹⁻¹⁰ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และอาจารย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยอมรับและกำลังใจจากผู้อื่น จะช่วยให้ นักศึกษามองเห็นความสำคัญของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมั่นคง ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยชีวภาพกับความเครียด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุและ BMI ใกล้เคียงกัน

สรุปผลการวิจัย

ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับชั้นปีที่ศึกษา ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยชั้นปีที่สูงขึ้นและความวิตกกังวลที่สูงขึ้นจะเพิ่มความเครียดมากขึ้น ในขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยเชิงป้องกันช่วยลดความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับมาก ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรเตรียมความพร้อมนักศึกษา เช่น การฝึกจำลองเสมือนจริง (simulation) จนเกิดความมั่นใจ และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร่วมด้วย เพื่อลดระดับความวิตกกังวลและความเครียดก่อนและระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ จริง

ข้อจำกัดในการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลภายใน 1-2 เดือน สะท้อนผลการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาสั้น ๆ ไม่สามารถบ่งบอกถึงความเครียดของนักศึกษาดลอดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ ควรศึกษาในช่วงต่าง ๆ ของการเรียนตลอดหลักสูตร เพื่อให้เข้าใจพัฒนาการของนักศึกษาและให้การดูแลนักศึกษาได้ตลอดการเรียนการสอน
2. ผลการศึกษานี้สะท้อนสถานการณ์เฉพาะนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่สามารถอธิบายแทนภาพรวมของนักศึกษาพยาบาลทั่วประเทศได้ ควรขยายการศึกษาไปยังนักศึกษาพยาบาลในหลากหลายสถาบัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการทำวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 9 คน ที่ช่วยติดตามและรวบรวมข้อมูลได้จนครบจำนวน และขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินในครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. Sihawong S, Fuddee N, Yanarom N, Noinang N, Anai N, Bunchern T, et al. Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani University. Huachiew Chalermprakiet University Journal 2018;21(24):93-106. (in Thai)
2. Thanyasawad T, Trakanjan N, Nualthaisong N. The relationships between perceptions of competence, attitudes, and satisfaction in nursing practice affecting the practice skills of second-year nursing students. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation 2022;11(2):21-9. (in Thai)
3. Faculty of Nursing, Ratchathani University. Bachelor of nursing science program. Udon Thani: Ratchathani University, Udon Thani Campus;2023. (in Thai)
4. Thamnamsin K, Noitung S, Punyapet K, Sorat W. Factors affecting to stress among nursing students in a private nursing college, Bangkok. Journal of Health and Health Management 2021;7(1):60-75. (in Thai)
5. Wongprach B. Factors related to stress and coping stress of nursing students in the Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(2):201-10. (in Thai)
6. Nochit W, Yotthongdi N, Leksanga W, Manfak P. Factors predicting stress and stress management of bachelor's program of nursing students. Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University 2020;10(1):118-28. (in Thai)
7. Tongsri S, Buahon D, Deoisres W. Factors affecting stress of nursing students during clinical practice in paternal and newborn care and midwifery. Journal of Health and Nursing Research 2024;40(3):46-57. (in Thai)
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing;2022.
9. Vachiraprakarnsakul P, Suppapitiporn S. Self-esteem and perceived stress of undergraduate students at the Faculty of Veterinary Science. Journal of Psychology Kasem Bundit University 2022;12:49-63. (in Thai)
10. Montong A, Jamjang S, Kitnopkiat K. Factors related to self-esteem of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University 2021;11(2):146-56. (in Thai)

11. Anusornteerakul S, Boonmala N, Harnklar S, Ounkaew A, Wangtapan K. Stress, depression, self-esteem, and self-efficacy of nursing students at a higher education institution. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2024;25(1):38-45. (in Thai)
12. Kaewsakulthong J. Factors predicting stress among nursing students under the Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *Journal of Health Research and Innovation* 2019;2(1):1-11. (in Thai)
13. Waled, AMA., Badria, MAM. (2019). Nursing students' stress and coping strategies during clinical training in KSA. *J Taibah Univ Med Sci* 2019;14(2):116-12.
14. Department of Mental Health. Stress relief manual (revised edition). Nonthaburi: Division of Mental Health and Social Care, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
15. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-44.
16. Jantarapakdee R, Hengudomsub P, Vatanasin D. Psychosocial factors affecting learning behaviors among nursing students. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2022;49(1):43-59. (in Thai)
17. Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health. Stress self-assessment form: mental health knowledge bank department of mental health. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2022. (in Thai)
18. Thanyanurak K. Self-esteem and facebook usage behavior of generation Y in Bangkok [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University;2018. (in Thai)
19. Bloom BS. Handbook on formative. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prention Hall; 1971.
20. Dechkaew E. The relationship between self-efficacy, life stress, and social support on health behavior in adults with acute myocardial infarction after coronary angioplasty [dissertation]. Chonburi: Burapha University;2022. (in Thai)
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates;1988.
22. Guyton AC, Hall JE. Textbook of medical physiology. 14th ed. Philadelphia: Elsevier;2021.
23. Lapchiem P. The Results of pre-clinic program on knowledge and nursing practical skill preparation in maternal-child nursing and midwifery of the third year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. *Boromarajonani College of Nursing, Surin, Rajavadee Journal* 2019;9(2):42-54. (in Thai)
24. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1984.
25. Gomes JMP, Sousa SS, Sá L. Factors causing stress among nursing students in clinical practice: a scoping review. *Rev Enf Ref* 2024;6(12):e23126.

26. Al-Sayaghi KM, Atrous MH, Alkaluby EA, Albakoor FA, Al-Hebshi A, Aloush SM, et al. Relationship between self-esteem and stress coping strategies among internship nursing students. *Access Maced J Med Sci* 2023;11(G):26-32.
27. Onieva-Zafra MD, Fernández-Muñoz JJ, Fernández-Martínez E, García-Sánchez FJ, Abreu-Sánchez A, Parra-Fernández ML. Anxiety, perceived stress and coping strategies in nursing students: a cross-sectional, correlational, descriptive study. *BMC Med Educ* 2020;20(1):370.
28. Liu J, Yang Y, Chen J, Zhang Y, Zeng Y, Li J. Stress and coping styles among nursing students during the initial period of the clinical practicum: a cross-section study. *Int J Nurs Sci* 2022;9(2):222-9.
29. Mokekhaow K, Sukrapat W, Promla W. Factors related to stress of nursing students. *Journal of Nursing Science & Health* 2021;44(2):60-71. (in Thai)
30. Dreidi M, Al-Jarrah S, Aghbar A, Al-Omari O. The effect of self-esteem on stress and coping mechanisms among nursing students during clinical training in Palestinian universities. *J Nurs Educ Pract* 2024;14(6):58-67.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี

ศิริวรรณ วนิชจันทร์สกุล พย.บ.*

พัทยา แก้วสาร ปร.ด.** เขมรดี มาสิงบุญ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced cardiac life support: ACLS) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งมีความเสี่ยงสูง พยาบาลใน ICU จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้าน ACLS แม้โรงพยาบาลราชบุรีมีการอบรม ACLS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 แต่ยังไม่มีการฝึกในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการปฏิบัติการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อนและหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ไม่เกิน 3 ปี จำนวน 52 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ACLS (CVI .80-.92) 2) แบบประเมินความรู้ (CVI .80-1.00, KR-20 .70) และแบบประเมินทักษะ (cronbach's alpha .71) โดยประเมินก่อนอบรม 1 สัปดาห์ และหลังการอบรมเชิงทฤษฎีและฝึกในสถานการณ์จำลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้น ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=31.33$, $SD=3.50$) และทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้นในระดับสูง ($\bar{X}=27.41$, $SD=1.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพ
สมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย NS No. 30/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 27 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 20 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ประสานงาน
อีเมล pattayakaew22@gmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The effect of an advanced cardiac life support competency development program for registered nurses at Ratchaburi Hospital

Siriwan Wanitchansakun B.N.S.*

Pattaya Kaewsarn Ph.D.** Khemaradee Masingboon Ph.D.***

Abstract

Advanced Cardiac Life Support (ACLS) is a process of caring for patients with cardiac arrest, especially in intensive care units (ICUs), which are at high risk. Therefore, ICU nurses need to be proficient in ACLS. Although Ratchaburi Hospital has provided ACLS training since 2022, there has been no simulated real-world training.

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest aimed to examine and compare the level of ACLS knowledge and practical skills before and after participating in the program. The sample consisted of 52 registered nurses with ≤ 3 years of ICU experience, selected via simple random sampling. The research instruments included: 1) an ACLS competency development program (CVI .80-.92), 2) a knowledge assessment (CVI .80-1.00, KR-20 .70), and a skills assessment (Cronbach's alpha .71). Assessments were conducted one week prior to the theoretical and simulated training, and after the training. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results showed that nurses' average knowledge scores increased moderately ($\bar{X}=31.33$, $SD=3.50$) and their practical skills increased significantly ($\bar{X}=27.41$, $SD=1.17$), with statistical significance at the .05 level.

keywords: ACLS knowledge; ACLS practical skills; registered nurses; advanced cardiac life support (ACLS) competency

Ethical approval: NS No. 30/2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 27 March 2025, Revised 18 May 2025, Accepted 20 October 2025

*A student of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University,
Corresponding author, E-mail: pattayakaew22@gmail.com

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

บทนำ

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced cardiac life support: ACLS) เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือวิกฤต ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของทีมแพทย์และพยาบาลในการประเมินสาเหตุ ใช้อุปกรณ์ และให้ยาที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ในสหรัฐอเมริกา Benjamin และคณะ¹ รายงานว่าในแต่ละปี มีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาล ประมาณ 290,000 ราย โดยมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยเพียง ร้อยละ 25 อุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าว อยู่ที่ 1–5 รายต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ซึ่งอัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรวดเร็วในการตอบสนอง คุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ และการฝึกอบรมทีมอย่างต่อเนื่อง Sandroni และ²

สถานการณ์ในประเทศไทย ระหว่างปี 2564–2566 พบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีแนวโน้มลดลง โดยอยู่ที่ร้อยละ 93.7, 93.1 และ 92.1 ตามลำดับ³ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งเป็นหน่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นสูง พยาบาลใน ICU จึงมีบทบาทสำคัญทั้งในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือนการทำ CPR การดูแลทางเดินหายใจ การให้ยา และการดูแลผู้ป่วยที่มีการกลับคืนของการไหลเวียนโลหิตเองหลังจากหัวใจหยุดเต้น (return of spontaneous circulation) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยตรง Campbell & Clark⁴ พบว่า การฝึกอบรม ACLS อย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการฝึกแบบจำลองสถานการณ์ (simulation-based training) ที่ช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ Chan และคณะ⁵ พบว่า โรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรม ACLS อย่างสม่ำเสมอ มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการฝึกซ้อม นอกจากนี้ Campbell & Clark⁴ ยังพบว่า บทบาทที่ชัดเจนของพยาบาล เช่น การบันทึก เตรียมยา และบูรณาการข้อมูล มีผลต่อโอกาสในการกลับมามีชีวิต (ROSC) และการฝึกซ้อมด้วย simulation ช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่ดีขึ้น ประเทศไทยจึงได้ปรับแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพตามคำแนะนำของ American heart association⁶ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล

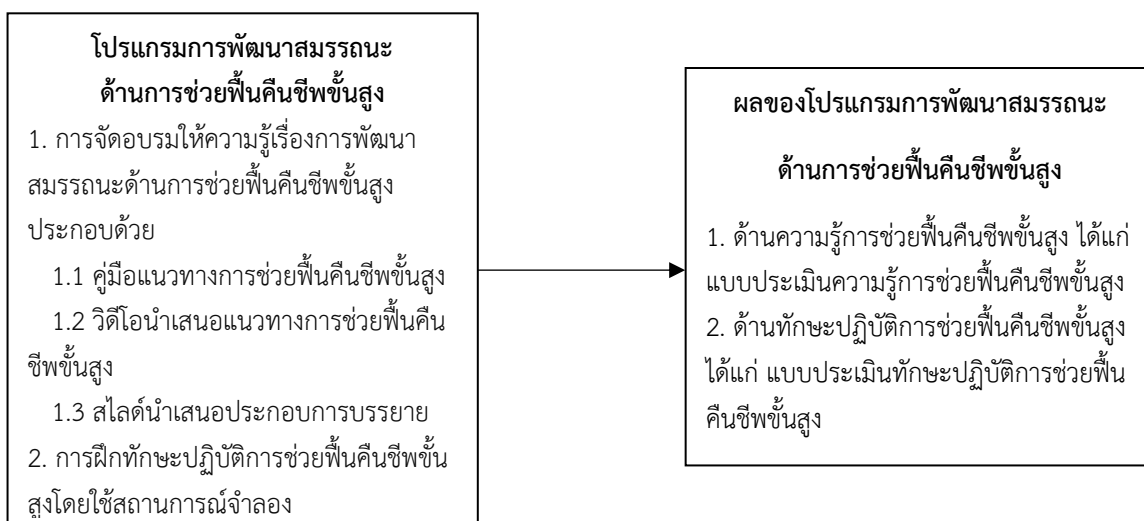
โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีภารกิจในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในช่วงปี 2563 - 2565 พบปัญหาขาดแคลนอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 280, 290 และ 247 คน ตามลำดับ ทำให้มีการรับพยาบาลจบใหม่เข้าทำงานใน ICU มากขึ้น รวม 52, 96 และ 78 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์จำกัดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพื่อให้สามารถตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินใน ICU ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของกมลารณ์ ปัญญา⁷ พบว่า การพัฒนาโปรแกรม ACLS ส่งผลให้พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเสนอแนะให้เพิ่มการฝึกการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหลังฟื้นคืนชีพ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการอบรมในโรงพยาบาลราชบุรียังไม่เน้นการฝึก simulation ที่สมจริง และยังไม่ได้พุ่งเป้าเฉพาะพยาบาลจบใหม่ ใน ICU โดยเฉพาะผู้ที่ประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงปฏิบัติงานในหน่วยเครื่องมือพิเศษอายุรกรรม จึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจ มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความรู้ และ ทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด มีดังนี้ 1) สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์⁸ นำมาใช้เป็นหลักการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลจากการอบรม 2) สมาคมพยาบาลโรคหัวใจประเทศอังกฤษ⁹ (British association for nursing in cardiac care: BANCC) นำมาปรับใช้ในการออกแบบกิจกรรมฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลอง (simulation scenarios) เช่น การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom¹⁰ นำมาใช้เพื่อออกแบบการพัฒนาสมรรถนะ เช่น การจัดกิจกรรมการอบรม ให้ความรู้ และทักษะ 4) แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง⁶ (American heart association) เป็นมาตรฐานสากลในการฟื้นคืนชีพที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางนี้ถูกใช้ในการกำหนดเนื้อหาการอบรมให้ความรู้และทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง การปฏิบัติการ (pretest-posttest one group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ รวม 133 คน พยาบาลทุกคนที่ไม่เคยผ่านการอบรม ACLS ประกอบด้วย เพศชายและเพศหญิง มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ

ผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลราชบุรี 8 หอผู้ป่วย ในเดือน พฤษภาคม 2565 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม จี พาวเวอร์ (G*power Version 3.1) กำหนดค่าอิทธิพล (effect Size) กรรณิการ์ ทสะสังคินทร์¹¹ ที่ยอมรับได้ในงานวิจัยทางการแพทย์ระดับกลาง เท่ากับ 0.4 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) $(1-\beta \text{ err prob})$ เท่ากับ 0.8 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha \text{ err prob}$) เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 คน Grove SK และคณะ¹² กล่าวไว้ว่า ควรเผื่อกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 20–30% เพื่อชดเชยการขาดหาย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 52 คน ใช้วิธีการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) และให้กลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายอย่างเหมาะสมใน 8 หอผู้ป่วย จึงกำหนดสัดส่วนจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีจับฉลาก (simple random sampling) ให้ตรงตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ 1) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และ 2) แบบประเมินผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

1.1 การจัดอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่พยาบาลวิชาชีพ อบรมให้ความรู้โดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรม power point 90 นาที 2) วิดีโอแนะนำเรื่องแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) คู่มือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ซึ่งประกอบด้วย คู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนานั้น มีการบูรณาการมาจากแนวคิดของ AHA บางส่วน ความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การนวดหัวใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) การประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีการคืนกลับของระบบไหลเวียนโลหิตหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

1.2 การฝึกทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการฝึกทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยใช้สถานการณ์จำลองการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ตามโจทย์สถานการณ์จำลอง 4 สถานการณ์ สอดคล้องกับรายงาน 10 อันดับโรคเสียชีวิต รวมทั้งมีหุ่นฝึก advance ผู้ใหญ่สามารถดูการตอบสนองคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) รถ emergency สถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 1) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชืในระบบทางเดินปัสสาวะ ร่วมกับมีภาวะช็อคและหัวใจหยุดเต้น 2) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพลิ้ว 3) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติที่หัวใจห้องบน 4) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นช้า

2. แบบประเมินผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ซึ่งเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก วุฒิการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลสูงสุด ตำแหน่งในสายงานพยาบาลวิชาชีพ ประวัติการอบรมทั่วไป และประวัติการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สร้างโดยนำแนวคิดเช่นเดียวกับกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้บูรณาการมาบางส่วน จำนวน 40 ข้อ การให้คะแนนแบบประเมินซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

(multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนของแบบประเมิน ความรู้จะอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน ใช้เกณฑ์แปลผลคะแนนของบลูม¹⁰ ดังนี้

ระดับสูง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (คะแนนตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป)	ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับสูง
ปานกลาง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 24-31 คะแนน)	ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับปานกลาง
ต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 24 คะแนน)	ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สร้างโดยนำแนวคิดเช่นเดียวกับกรอบแนวคิดการวิจัย นำมาจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล¹³ และ ACLS mega code testing scenarios¹⁴ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินทักษะบางส่วน แบบประเมินทักษะแยกกันประเมินระหว่าง 1) พยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบประเมินตนเอง 2) อาจารย์ผู้ฝึกทักษะ อาจารย์ผู้ฝึกทักษะ ซึ่งใช้แบบประเมินทักษะ เนื้อหาชุดเดียวกัน

1) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพประเมินด้วยตนเอง มีจำนวน 57 ข้อ ซึ่ง คะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เกณฑ์แปลผลของ Bloom¹⁰ มีดังนี้

ระดับสูง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (24 คะแนนขึ้นไป)	ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับสูง
ระดับปานกลาง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 18-23 คะแนน)	ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับปานกลาง
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน)	ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในระดับต่ำ

2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง อาจารย์ผู้ฝึกทักษะประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีระดับการวัด เป็นแบบมาตราส่วน (ratio scale) โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน 0-0.2, 0.5, 1 คะแนน (0=ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ/0.2, 0.5, 1=ปฏิบัติถูกต้อง) คะแนนตามลักษณะข้อประเมิน มีค่าความเชื่อมั่นใช้สูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .71 การคิดคะแนน สัดส่วนเปอร์เซ็นต์ ของการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีการคำนวณ โดยเปอร์เซ็นต์คะแนน = (คะแนนที่ได้จริง / หาคะแนนเต็มทั้งหมด) × 100

ใช้เกณฑ์การแปลผล cut-off score โดย ผ่าน (pass): คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป ไม่ผ่าน (fail) คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลของ Bloom¹⁰ โดยใช้เกณฑ์ขั้นต่ำอย่างน้อย ร้อยละ 60 ถึงจะผ่านเกณฑ์ (≥18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหา ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ CVI) มีดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ได้แก่ 1) คู่มือประกอบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีค่า CVI เท่ากับ .80 2) วิดีโอแนะนำเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีค่า CVI เท่ากับ .92

2. แบบประเมินผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ได้แก่ 1) แบบประเมินด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีค่า CVI เท่ากับ .80 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของ

ข้อคำถาม แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ตามวิธีของ Kuder-richardson method 20: KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินด้วยตนเอง และอาจารย์ผู้ฝึกทักษะประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีค่าความเชื่อมั่นใช้ สูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลใน 3 ระยะ ดังนี้

1. ก่อนการอบรม แจกแบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ให้พยาบาลวิชาชีพประเมินตนเองล่วงหน้า 1 สัปดาห์

2. ระหว่างการอบรม ดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรม โดยแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง กลุ่มละ 13 คน จำนวน 4 กลุ่ม รวม 4 ฐานการเรียนรู้ ใช้หุ่นจำลองและอุปกรณ์จริง พร้อมมีอาจารย์ผู้ฝึกทักษะสาธิต ให้ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้เวลาฝึก กลุ่มละ 60 นาที และประเมินทักษะรายบุคคลด้วยสถานการณ์จำลอง ใช้เวลา 120 นาที ประเมินโดยอาจารย์ผู้ฝึกทักษะ พร้อมทั้งสะท้อนผลการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน 30 นาที จากนั้นให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบประเมินความรู้ และทักษะหลังอบรม (post-test)

3. หลังการอบรม รวบรวมแบบประเมิน ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) โดยกรณีผู้ที่ได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 100 จะมีการอธิบายเพิ่มเติม แบบรายบุคคล และให้ทำแบบประเมินซ้ำอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะ ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test ตรวจสอบ assumptions ก่อนทดสอบสถิติ paired t-test มี ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคัดเลือก ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) 2) แบบประเมินความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีระดับช่วงคะแนนเป็นระดับอัตราส่วน (ratio scale) 3) การทดสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ kolmogorov-smirnov test ดังนี้ แบบประเมินความรู้การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง pre-post test (p-value 0.20, 0.08) และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง pre-post test (p-value 0.20, 0.20)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช (เลขที่ 30/2566) เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566 และจากโรงพยาบาลราชบุรี (เลขที่ NS No. 30/2566) เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2567 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม โดยมี การชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธแก่กลุ่มตัวอย่าง จัดเก็บข้อมูลใช้รหัสแทนตัว เพื่อรักษาความลับ และทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการวิจัยและนำเสนอผลแล้ว

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ยังไม่เคยได้รับการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างเป็นทางการ แม้ว่า

จะมีการเรียนรู้ในรูปแบบการฝึกปฏิบัติขณะปฏิบัติงาน (on-the-job training) แล้ว ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนา ที่สามารถส่งเสริมเพิ่มเติมให้มีมาตรฐานและความมั่นใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัย มีดังนี้

-ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 22-24 ปี ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ICU surgery, ICU med, ICU neuro และ CCU มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 2 ปี พยาบาลทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และทุกคนไม่เคยอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้ ด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อน หลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=52) โดยรวม

คะแนน	ก่อนใช้โปรแกรม (n=52)		หลังใช้โปรแกรม (n=52)		t	p-value
	($\bar{X}$)	SD	($\bar{X}$)	SD		
ด้านความรู้ (40 คะแนน)	19.94	4.43	31.33	3.50	14.449	<.001
ด้านทักษะ (30 คะแนน)	22.82	4.02	27.41	1.17	7.893	<.001

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมโดยรวม พบว่า ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงกลุ่มพยาบาลวิชาชีพก่อนการเข้าโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยรวมอยู่ใน ระดับต่ำ ($\bar{X}$ =19.94, SD=4.43) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =31.33, SD=3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพก่อนการเข้าโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =22.82, SD=4.02) และภายหลังการเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X}$ =27.41, SD=1.17)

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อน หลังใช้โปรแกรมรายด้าน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=52)

ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	ก่อนเข้า		หลังเข้า		ผล ต่าง	t	p- value
	โปรแกรม		โปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. ประเมินผู้ป่วยเพื่อตรวจหาภาวะหัวใจ หยุดเต้น (4 คะแนน)	2.44	0.89	3.26	0.68	0.21	4.903	<.001
2. การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (6 คะแนน)	3.55	1.24	4.92	1.16	0.08	6.166	<.001

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อน หลังใช้โปรแกรมรายด้าน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=52) (ต่อ)

ด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ผลต่าง	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
3. การช่วยฟื้นคืนชีพคุณภาพสูง (4 คะแนน)	2.92	1.28	3.21	0.77	0.38	0.167	<.001
4. การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (7 คะแนน)	3.26	1.34	5.50	1.14	0.20	9.220	<.001
5. การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (5 คะแนน)	1.96	1.04	3.90	0.86	0.14	8.913	<.001
6. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (9 คะแนน)	3.59	1.56	7.26	1.25	0.33	12.520	<.001
7. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีการคืนกลับของระบบไหลเวียนโลหิต หลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (5 คะแนน)	2.19	1.06	4.13	0.99	0.08	8.142	<.001
ด้านความรู้โดยรวม (40 คะแนน)	19.94	4.43	31.33	3.50	2.85	14.449	<.001

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพ รายด้านก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=19.94$, $SD=4.43$) โดยพบว่า มีด้านความรู้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มี ROSC มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ความรู้เรื่องการประเมินผู้ป่วยเพื่อตรวจหาภาวะหัวใจหยุดเต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพคุณภาพสูง อยู่ในระดับปานกลาง หลังการเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทุกรายข้ออยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.86$) ถึงระดับสูง ($\bar{X}=7.26$, $SD=1.25$) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=31.33$, $SD=3.50$) โดยพบว่า ความรู้เรื่องการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าและการประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอยู่ใน ระดับปานกลาง ความรู้การประเมินผู้ป่วยเพื่อตรวจหาภาวะหัวใจหยุดเต้น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพคุณภาพสูง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงขั้นสูง และการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีการคืนกลับของระบบไหลเวียนโลหิตหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (ROSC) อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ก่อน หลัง ใช้โปรแกรมรายด้าน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=52)

ด้านทักษะปฏิบัติ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ประเมินสภาพและขอความช่วยเหลือ (3 คะแนน)	2.66	0.49	2.94	0.16	4.028	<.001
2. การกดหน้าอกและช่วยหายใจ (2 คะแนน)	1.70	0.30	1.87	0.22	2.971	.005
3. การปฏิบัติการใช้เครื่อง defibrillator (5 คะแนน)	3.60	1.50	4.42	0.37	3.902	<.001
4. สถานการณ์จำลอง mega code: bradycardia management (7 คะแนน)	4.70	0.94	5.76	0.71	-17.508	<.001
4.1 asystole management (3 คะแนน)	2.28	0.69	2.96	0.43	24.983	<.001
5. สถานการณ์จำลอง mega code: stable tachycardia management (4 คะแนน)	3.35	0.77	3.74	0.49	3.287	<.001
5.1 pulseless electrical activity (PEA) management (2.5 คะแนน)	1.85	0.88	2.24	0.38	12.788	<.001
5.2 ventricular fibrillation management (2 คะแนน)	1.46	0.64	1.98	0.33	5.954	<.001
5.3 post cardiac arrest care management (1.5 คะแนน)	1.18	0.43	1.49	0.69	5.259	<.001
ด้านทักษะการปฏิบัติ (30 คะแนน)	22.82	4.02	27.41	1.17	7.893	<.001

จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}=22.82$, $SD=4.02$) โดยเฉพาะในทักษะที่ซับซ้อน เช่น การใช้เครื่อง defibrillator และการดูแลสถานการณ์จำลองต่าง ๆ ได้แก่ mega code, bradycardia, asystole, stable tachycardia, PEA, VF และการดูแลหลังฟื้นคืนชีพ หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะปฏิบัติสูงขึ้นในทุกๆด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}=27.41$, $SD=1.17$) อยู่ในระดับสูง รายการย่อยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง $\bar{X}=1.49-5.76$ ซึ่งแสดงถึงการพัฒนาทักษะอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการประเมิน การช่วยหายใจ การใช้ defibrillator และการจัดการสถานการณ์จำลองขั้นวิกฤต

การประเมินโดยอาจารย์ผู้ฝึกทักษะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 27.04 คะแนน (ช่วงคะแนน 22.90-30.00) ซึ่งเกินเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ (60%) ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน มีคะแนนผ่านเกณฑ์ทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างครบถ้วน

อภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นระดับสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเฉพาะใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่

1) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support) ก่อนอบรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Ackermann¹⁵ Bukiran และคณะ¹⁶ Madden¹⁷ และ Partiprajak & Thongpo¹⁸ ที่ชี้ว่าความรู้ BLS ลดลงตามเวลา หากขาดการฝึกซ้ำ หลังอบรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง เนื่องจากการเรียนรู้แบบบูรณาการทั้งบรรยาย วิดีโอ คู่มือ หุ่นฝึก และการสะท้อนคิด สอดคล้องกับงานของ วันเพ็ญ ศุภตระกูล และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การฝึกด้วยหุ่นจำลองช่วยเพิ่มความรู้และทักษะอย่างมีนัยสำคัญ

2) การช่วยฟื้นคืนชีพคุณภาพสูง (high quality CPR) คะแนนเฉลี่ยเพิ่ม จากระดับปานกลาง เป็นระดับสูง จากการฝึกในสถานการณ์จำลองที่สมจริง ส่งผลให้ผู้เรียนตัดสินใจแม่นยำขึ้น สอดคล้องกับงานของ El Moutaouakil และคณะ²⁰ และ Kassabry²¹ ที่ยืนยันประสิทธิภาพของการจำลองสถานการณ์ ในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ

3) การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ECG recognition) เดิมอยู่ในระดับต่ำ แม้มีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในระบบพี่เลี้ยง แต่ขาดโครงสร้างชัดเจน หลังอบรมความรู้เพิ่มขึ้นเป็น ระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิด Bloom¹⁰ และงานของ Pourmand และคณะ²² Kiliç และคณะ²³ และ Kim และคณะ²⁴ ที่ชี้ว่า โปรแกรมฝึกแปลผล ECG แบบจำลองหรือออนไลน์ช่วยเพิ่มความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้โปรแกรมนี้อาจไม่มีการฝึกซ้ำหลายรอบ แต่แสดงแนวโน้มพัฒนาที่ดี

4) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced cardiac life support) ก่อนอบรมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากพยาบาลรุ่นใหม่ มีบทบาทเพียงสนับสนุนในทีมช่วยชีวิต หลังอบรมคะแนนเพิ่มเป็นระดับสูงจากการเรียนรู้แบบเข้มข้น (บรรยาย 2 ชม. ฝึกปฏิบัติ 1 ชม.) โดยมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งต่างจากงานที่เน้นฝึกซ้ำเป็นรอบ เช่นงานของ พรณิ ศรีพารา²⁵ และเน้นการฝึกคิดวิเคราะห์ สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม จึงทำให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจช่วยชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงด้านทักษะปฏิบัติ จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงด้านทักษะปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับสูงทุกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม อันเป็นผลจากกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองที่สมจริง ร่วมกับการบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญ และการใช้หุ่นจำลองตอบสนองได้ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ ฝึกฝน และเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง ทั้งนี้ ก่อนเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการใช้เครื่อง defibrillator, การจัดการผู้ป่วย stable tachycardia และการช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะหัวใจหยุดเต้นแบบไม่มีคลื่น (asystole) และ PEA/VF ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านประสบการณ์จริง ภาระงานสูง คู่มือที่อาจยังไม่ชัดเจน และการนิเทศอาจไม่ต่อเนื่อง

หลังเข้าโปรแกรม การพัฒนาทักษะเป็นไปตามแนวคิดของ Bloom¹⁰ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ และการลงมือปฏิบัติ โดยโปรแกรมฝึกทักษะที่ใช้การจำลองสถานการณ์ร่วมกับการฝึกฝนอย่างมีเป้าหมาย ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความถูกต้อง และสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาล เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Chowdhary และคณะ²⁶ ปาริชาติ บุษดี²⁷ Tawalbeh และ Tubaishat²⁸ McGaghie และคณะ²⁹ Anderson และคณะ³⁰ และ Ahn & Kim³¹ ที่สนับสนุนว่า การใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงช่วยพัฒนาทักษะและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้เข้าร่วมโปรแกรม ACLS ที่ผสมผสานทฤษฎีและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยให้สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่นได้ โปรแกรมใช้หุ่นฝึก advance ผู้ใหญ่และสถานการณ์จำลองตรงกับผู้ป่วยวิกฤตใน ICU จึงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งการประเมินก่อน-หลังอบรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ แสดงผลการวิจัยชัดเจนว่าโปรแกรมนี้ สามารถพัฒนาความรู้และทักษะได้อย่างมีนัยสำคัญ การนำหลัก Bloom's taxonomy และการสะท้อนคิดมาใช้ส่งเสริมการเรียนรู้รอบด้าน ทั้งความรู้เชิงพุทธิพิสัยและทักษะเชิงพิสัย ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ชี้ชัดว่า โปรแกรมนี้ช่วยสร้างความพร้อมให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ICU น้อยกว่า 3 ปี อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการวิจัย

1. ด้านการฝึกอบรม ควรจัดการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูงอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุม ทั้งพยาบาลใหม่และผู้มีประสบการณ์ พร้อมใช้การฝึกในสถานการณ์จำลอง และสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคู่มือหรือคลังกรณีศึกษา
2. ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ด้าน ACLS ทั้งในด้านความรู้และทักษะ
3. ด้านการบริหาร ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณการอบรม ACLS โดยบูรณาการเข้ากับระบบภูมิคุ้มกันพยาบาลใหม่ ใน ICU พร้อมพัฒนารูปแบบการเสริมสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมระบบนิเทศทางการพยาบาลเพื่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงเนื้อหาวิจัยให้สมบูรณ์ รวมถึงฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัยประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย

References

1. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2019;139(10):e56-528.

2. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33(2):237-44.
3. National Institute for Emergency Medicine. Development report of the emergency medical system in Thailand [Internet]. Bangkok: National Institute for Emergency Medicine; 2024 [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2024/EBook/420366_20241004090336.pdf. (in Thai)
4. Campbell D, Clark PC. An initiative using simulation to aid in retention of advanced cardiac life support knowledge and skills in an emergency department nurse residency program. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 Jan-Feb [cited 2025 May 10];39(1):33-8. Available from: https://journals.lww.com/dccjournal/abstract/2020/01000/an_initiative_using_simulation_to_aid_in_retention.5.aspx
5. Chan PS, Berg RA, Spertus JA, Kozik TM, Tang F, Curtis LH, et al. Risk-standardizing survival for in-hospital cardiac arrest to facilitate hospital comparisons. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2013 Jun [cited 2025 May 10];2(1):602-9. Available from: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2013.05.051>
6. American Heart Association. ECC guidelines [Internet]. USA: American Heart Association; 2020 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org>
7. Punyang K. Effectiveness of an advanced cardiac life support program on knowledge and skills among nursing personnel working in the Suwannaphum District health network. *J Health Res Innov Dev* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 12];4(3):94-106. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/267664/180069> (in Thai)
8. Nursing Division, Department of Medical Services. Standard of nursing care for critical patients. Bangkok: Nursing Division, Department of Medical Services; 2008. (in Thai)
9. British Association for Nursing in Cardiac Care (BANCC). Cardiac nursing competency statements [Internet]. UK: BANCC; 2005 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.scribd.com/document/268023135/86F-Bancc-Competency-Statements>
10. Anderson LW, Krathwohl DR, Bloom BS, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Complete ed. New York: Longman; 2001.
11. Tassasankin K. The effectiveness of out-of-hospital cardiac arrest resuscitation guidelines on survival rates: a case study at Sawanpracharak Hospital. *J Med Public Health Reg* 3. 2021;18(3):1-15. (in Thai)
12. Grove SK, Gray JR, Burns N. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2015.

13. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Basic life support skill assessment [Internet]. Bangkok: Mahidol University; [n.d.] [cited 2023 May 13]. Available from: <https://www.siriraj.mahidol.ac.th>
14. American Heart Association. Heart code ACLS skill testing checklist [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2020 [cited 2025 May 13]. Available from: <https://www.heart.org/>
15. Ackermann AD. Investigation of learning outcomes for the acquisition and retention of CPR knowledge and skills learned with the use of high-fidelity simulation. Clin Simul Nurs [Internet]. 2009 Sep [cited 2024 Nov 14];5(6):213-22. Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(09\)00420-4/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(09)00420-4/abstract)
16. Bukiran A, Erdur B, Ozen M, Bozkurt AI. Retention of nurses' knowledge after basic life support and advanced cardiac life support training at immediate, 6-month, and 12-month post-training intervals: a longitudinal study of nurses in Turkey. J Emerg Nurs [Internet]. 2014 Mar [cited 2024 Nov 14];40(2):146-52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23305947/>
17. Madden C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. Nurse Educ Today [Internet]. 2006 [cited 2024 Oct 14];26(3):218-27. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691705001826>
18. Partiprajak S, Thongpo P. Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest-compression performance in Thai undergraduate nursing students. Nurse Educ Pract [Internet]. 2016 Jan [cited 2024 Oct 9];16(1):235-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595315001407> (In Thai)
19. Suphatrakul W, Tansao S, Ongkasit T. The effect of the cardiopulmonary resuscitation training on cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills of registered nurses working. J Nakhonping Hosp [Internet]. 2018 Jul [cited 2024 Oct 9];9(1):1-12. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/203206> (In Thai)
20. El Ougli G, Boukatta B, El Bouazzaoui A, Touzani S, Houari N, El Fakir S, et al. Impact of simulation on the development of nursing students' competence in adult cardiopulmonary resuscitation. Cureus [Internet]. 2024 Oct [cited 2024 Jan 9];16(10):e72722. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39618661/>
21. Kassabry MF. The effect of simulation-based advanced cardiac life support training on nursing students' self-efficacy, attitudes, and anxiety in Palestine: a quasi-experimental study. BMC Nurs [Internet]. 2023 Nov [cited 2024 Nov 1];22(1):1-12. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01588-z>
22. Pourmand A, Rolskov A, Pourmand A. The effectiveness of computer-based simulation on nursing students' electrocardiogram interpretation. Teach Learn Nurs [Internet]. 2023

- Jul [cited 2024 Nov 1];18(2):152-7. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1557308723000227>
23. Kılıç M, Yılmaz D, Öztürk H. Effect of repeated online ECG training every 3 months on nurses' knowledge and interpretation skills: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* [Internet]. 2025 Mar [cited 2024 Nov 1];24(1):97. Available from:
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-02997-y>
 24. Lee S, Kim HJ, Choi Y, Kim JY, Shin JS. Effectiveness of electrocardiogram interpretation education program using mixed learning methods and webpage. *BMC Med Educ* [Internet]. 2024 Sep [cited 2024 Feb 1];24:1039. Available from:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11428852/>
 25. Sriprai P. The effects of an advanced cardiac life support teaching program using simulation scenarios on knowledge and skills among nurses at Kosumphisai Hospital, Maha Sarakham Province. *J Public Health Res Ubon Ratchathani Rajabhat Univ* [Internet]. 2021 Jan [cited 2024 Feb 1];10(1):26-35. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubrphjou/article/view/243134> (in Thai)
 26. Chowdhary N, Saini P, Saini A. To assess the effectiveness of simulation teaching regarding defibrillation on knowledge and practice among staff nurses working in ICU and emergency units. *Int J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Feb 11];6(2):16-20. Available from: https://journals.lww.com/ijcn/fulltext/2020/21020/to_assess_the_effectiveness_of_simulation_teaching.16.aspx
 27. Boosadee P. A competency development model for professional nurses in responding to emergency advanced cardiovascular life support for patients with cardiac arrest through simulation-based learning at Atsamat Hospital. *J Health Innov Res Dev* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 11];5(1):234-46. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/269508> (in Thai)
 28. Tawalbeh LI, Tubaishat A. Effect of simulation on knowledge of advanced cardiac life support, knowledge retention, and confidence of nursing students in Jordan. *J Educ Eval Health Prof* [Internet]. 2013 [cited 2025 Jan 2];53(1):38-44. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24328248/>
 29. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med* [Internet]. 2011 Jun [cited 2025 Jan 2];86(6):706-11. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/2011/06000/does_simulation_based_medical_education_wit h.18.aspx
 30. Anderson R, Sebaldt A, Lin Y, Cheng A. Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: a randomized trial. *Resuscitation* [Internet]. 2019 Feb

[cited 2025 Jan 19];135:153-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391370/>

31. Ahn H, Kim HY. Implementation and outcome evaluation of high-fidelity simulation scenarios to integrate cognitive and psychomotor skills for Korean nursing students. Nurse Educ Today [Internet]. 2015 May [cited 2025 Jan 19];35(4):706-11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691715000520>

ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยต่อความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงและความเป็นไปได้ ความพึงพอใจต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน

สิทธิชัย คงพิรุณ พย.บ.* ชัชคณะ แพรชาว ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การคัดแยกผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยลดข้อผิดพลาดในการคัดแยกได้ อีกทั้ง ช่วยลดอัตราการเกิดการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับความต้องการทางการแพทย์ของแต่ละรายอย่างทันทั่วทั้งที่

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของการคัดแยกกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 ราย ที่ทำงานที่จุดคัดแยกและบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 312 ราย ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์แมน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ใช้งานหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบ 1) ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิกกับชีพจร ($r_s = -0.40$, $p < 0.05$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกกับชีพจร ($r_s = -0.14$, $p < 0.05$) 2) ความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิกกับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($r_s = 0.47$, $p < 0.05$) และ 3) ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r_s = 0.16$, $p < 0.05$) ความเป็นไปได้ในการนำใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูง ($M = 4.51$, $SD = 0.50$) ขณะที่ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการฯ ก็ได้รับคะแนนระดับมากที่สุด ($M = 4.54$, $SD = 0.51$) ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุปได้ 3 ประเด็นหลัก 1) ลดภาระงานและคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น 2) ลดความเครียดและแรงกดดันในการตัดสินใจ และ 3) ความมั่นใจในการคัดแยกเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการฯ ที่ใช้งานได้จริงและผู้ใช้มีความพึงพอใจสูงยังช่วยลดภาระงาน ลดความเครียดในการตัดสินใจ และเพิ่มความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน

คำสำคัญ: การคัดแยกผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระดับความรุนแรง บันทึกข้อมูลการคัดแยก เว็บแอปพลิเคชัน

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE662317 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 13 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 16 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล porpea@kku.ac.th

Effects of patient triage documentation system on the relationship between severity levels and the feasibility and satisfaction with web application usage

Sitthichai Khongpirun B.N.S.* Chatkhane Pearkao Ph.D.**

Abstract

Patient triage using technology-assisted systems supports clinical decision-making and reduces errors in the triage process. Such systems can decrease the incidence of both under-triage and over-triage-critical issues in emergency care that directly impact the timeliness and quality of medical treatment.

This study aimed to investigate the relationship between triage data and illness severity, the feasibility, and user satisfaction with a web-based triage data recording application. The participants included seven professional nurses working at a triage point who recorded data from 312 patients over a three-month period between March and May 2024.

Quantitative data were analyzed using Spearman's correlation coefficient to assess the relationship between vital signs and illness severity. Qualitative data obtained from post-implementation interviews were analyzed using content analysis.

Quantitative findings revealed: 1) a negative correlation between systolic blood pressure and pulse rate ($r_s = -0.40$, $p < 0.05$), as well as between diastolic blood pressure and pulse rate ($r_s = -0.14$, $p < 0.05$); 2) a moderate positive correlation between systolic and diastolic blood pressure ($r_s = 0.47$, $p < 0.05$); and 3) a positive correlation between oxygen saturation and illness severity ($r_s = 0.16$, $p < 0.05$). The feasibility of using the web-based triage data recording application had a high mean score ($M = 4.51$, $SD = 0.50$), while user satisfaction also received the highest score ($M = 4.54$, $SD = 0.51$). Qualitative analysis yielded three main themes: 1) reduced workload and improved ease of triage; 2) decreased stress and pressure in decision-making; and 3) enhanced confidence in triage assessments.

The results highlight the association between vital signs and illness severity, and demonstrate the effectiveness and acceptability of the web-based triage data recording application. This tool not only supports clinical decision-making but also alleviates workload, reduces stress, and improves confidence in urgent patient triage.

keywords: patient triage; severity level correlation; triage data recording;
web application system

Ethical approval: HE662317, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 13 August 2024, Revised 8 May 2025, Accepted 16 October 2025

*A student of master of nursing science in adult and gerontological nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

บทนำ

การคัดแยกผู้ป่วย (triage) เป็นขั้นตอนสำคัญในห้องฉุกเฉิน ที่มีบทบาทในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย เพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ ระบบการคัดแยกที่ใช้กันในปัจจุบันมีการประสบปัญหาความไม่แม่นยำและความล่าช้า¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการเร่งด่วน นอกจากการดูแลตามความเร่งด่วน ยังมีการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการแบบเดิม มีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ทำให้การตัดสินใจทางการแพทย์เกิดความคลาดเคลื่อน

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น เว็บแอปพลิเคชันได้รับการเสนอเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยโดยระบบดังกล่าว สามารถลดเวลาในการบันทึกเพิ่มความแม่นยำในการคัดแยก และสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์² การนำระบบดังกล่าวมาใช้ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการวิจัย

ระบบการคัดแยกผู้ป่วยถูกพัฒนาให้มีความแม่นยำและประสิทธิภาพสูงขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการคัดแยก แบบ 5 ระดับ ซึ่งถูกยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับสภาพความรุนแรงของผู้ป่วย ตัวอย่างของระบบคัดแยก 5 ระดับ ที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Canadian triage and acuity scale (CTAS)² ในประเทศแคนาดา และ Emergency severity index (ESI)³ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งระบบเหล่านี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน มีความสอดคล้องและแม่นยำในการประเมินระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ระบบการคัดแยกแบบ 5 ระดับ มีประสิทธิภาพในการแยกผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน⁴ ออกจากผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไป ทำให้สามารถจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากการจัดสรรทรัพยากรยังมีการวิจัยที่สนับสนุนว่า ระบบการคัดแยกช่วยลดอัตราการเกิดการเกิดการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) และการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริง (over triage)⁴ ซึ่งเป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เมื่อการคัดแยกไม่ตรงกับสภาพความรุนแรงที่แท้จริงของผู้ป่วย การคัดแยกที่แม่นยำไม่เพียงแต่เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วย แต่ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉิน⁵

การคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล⁶ เนื่องจากเป็นกระบวนการแรกๆ ที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินสภาพของผู้ป่วย และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างเหมาะสม หากการคัดแยกไม่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การคัดแยกที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าสภาพความเป็นจริง ซึ่งทั้งสองกรณีมีผลกระทบเชิงลบต่อทั้งผู้ป่วยและระบบการแพทย์ การคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นสถานการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง² หรืออาจนำไปสู่การเสียชีวิต การศึกษาหลายฉบับ พบว่า การคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วย เช่น ภาวะช็อก การเกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือการเสียชีวิตในที่สุด ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของพีเนส และคณะ⁷ แสดงให้เห็นว่า การคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ในทางกลับกัน การคัดแยกที่สูงกว่าสภาพความเป็นจริง อาจนำไปสู่การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เกินความจำเป็น ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในห้องฉุกเฉินที่มีทรัพยากรจำกัด การจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนจริงอาจต้องรอการรักษานานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน⁸ งานวิจัยของกรอสแมน และคณะ⁹ พบว่า การคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริง

เพิ่มความแออัดในห้องฉุกเฉิน และทำให้เวลาที่ใช้ในการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น^{8,10} เพื่อปรับปรุงความแม่นยำในการคัดแยกและลดการเกิดการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริง การคัดแยกที่มีประสิทธิภาพสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ^{1,4,11} เช่น ระบบคัดแยกแบบดิจิทัล^{9,12-13} สามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการตัดสินใจ^{3,14-15}

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยได้รับความสนใจอย่างมาก ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เนื่องจากระบบดังกล่าว มีศักยภาพในการปรับปรุงกระบวนการคัดแยกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงแต่ช่วยในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็วเท่านั้น แต่ยังมีสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{1,9,16} การใช้ระบบคัดแยกที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบคัดแยกอัตโนมัติ (automated triage systems) หรือระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ (clinical decision support systems: CDSS)^{1,8-9} ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหลายโรงพยาบาลทั่วโลก เพื่อช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำ และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย^{3,17} สามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก^{6,18} เช่น อาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ และประวัติการรักษา เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว^{4,15-16} ผลการศึกษาจากการใช้ระบบคัดแยกอัตโนมัติพบว่าระบบดังกล่าวสามารถลดข้อผิดพลาดในการคัดแยกได้อย่างมีนัยสำคัญ^{2-3,14} โดยเฉพาะการลดอัตราการเกิดการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริงเป็นปัญหาที่สำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบคัดแยกที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์¹⁹ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือในสภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด¹¹ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยยังเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยการลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลและเพิ่มความแม่นยำในการประเมินอาการของผู้ป่วย⁸ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการทางการแพทย์ของแต่ละรายอย่างทันทั่วถึง การนำเทคโนโลยีมาใช้จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยในอนาคต²⁰ เพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยทุกคน²¹

โรงพยาบาลสีชมพู เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น ให้บริการแก่ประชากรในเขตรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เฉลี่ยประมาณ 300-500 รายต่อวัน โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยในระบบเดิม ที่พบว่ามีความไม่สอดคล้องในการคัดแยก²² การคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริง คิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 11.4 ตามลำดับ ระยะเวลาการคัดแยกที่ล่าช้า และการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน²³ คิดเป็นร้อยละ 22.5 เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันที่มีการพัฒนาขึ้นแล้ว ขอมมาใช้เพื่อที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดแยก ลดระยะเวลาการบันทึก และเพิ่มความแม่นยำในการบันทึกข้อมูล²⁴ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เทคโนโลยีสารสนเทศ เว็บแอปพลิเคชันที่มีการพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทีมเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการและทดลองใช้ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ก่อนการใช้งานของพยาบาลวิชาชีพโดยทีมของผู้วิจัย ระบบดังกล่าวสามารถลดเวลาในการบันทึก เพิ่มความแม่นยำในการคัดแยก และสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ การนำระบบดังกล่าวมาใช้ของโรงพยาบาลยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของการคัดแยกกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการ เว็บแอปพลิเคชัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณก่อน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน โรงพยาบาล สีมพ จัหวัดขอนแก่น ในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากการบันทึกในระบบปฏิบัติการฯ จำนวน 312 คน ทุกรายที่อยู่ในระบบปฏิบัติการฯ ในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และ 2) ดำเนินการ ประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ตลอดการใช้งาน ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้งานระบบปฏิบัติการฯ จำนวน 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้งานระบบปฏิบัติการ

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายประสบการณ์การบันทึกคัดแยกผู้ป่วยบนระบบ ปฏิบัติการฯ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ จุดคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาล สีมพ จัหวัดขอนแก่น เลือกรายงานเฉพาะเจาะจง จำนวน 7 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยก 2) เป็นผู้ที่ได้อนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ชั้น 1 3) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มีการย้าย/เปลี่ยนหน่วยงานหรือ ลาออกระหว่างการศึกษ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกเทปทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1. เว็บแอปพลิเคชันการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน และคู่มือ การใช้งานแบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วย บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน การพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดของการพัฒนา มีการอบรมเชิงปฏิบัติการของพยาบาล การทดลองให้ก่อนการเก็บข้อมูล อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการคุ้นเคยต่อการใช้งาน ซึ่งรายละเอียด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย สัญญาณชีพ การประเมินระดับความรุนแรง โดย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ รหัสแทนผู้ป่วย วันเดือนปีเกิด เพศ การนำส่งหรือการมา โรงพยาบาล 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่คัดแยกตามระดับความรุนแรง ได้แก่ เวลาแรกรับที่คัดแยก สัญญาณชีพผู้ป่วย (อุณหภูมิร่างกาย ค่าความดันโลหิต อัตราการหายใจ ชีพจร) ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว คะแนนความปวด ระดับความรู้สึกตัว โรคประจำตัว อาการสำคัญและระดับความรุนแรงแรกรับ 3) ผลการคัดแยกครั้งแรก คือ ระดับความรุนแรงและแผนกที่ส่งผู้ป่วยเข้าบริการ และ 4) ผลลัพธ์ของการคัดแยกสถานะผู้ป่วยสุดท้ายผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน รับไว้ในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นหรือ เสียชีวิต เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้รับการอนุญาตจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จัสกณณ์ แพรชาว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พัฒนาแบบประเมินการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (triage web application) โดยเว็บแอปพลิเคชัน มีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว มีค่า S-CVI 0.91 และนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้งานระบบปฏิบัติการ ประยุกต์ใช้ของ ฉันทา ภาเคน และชัจฉณค์ แพรขาว²⁵ จำนวน 10 ข้อแบบมาตราส่วน ประกอบด้วย 5 ระดับ (rating scale) การแปลผลของระดับคะแนนความเป็นไปได้ของการนำใช้พิจารณาการคำนวณและการตีความอันตรภาคชั้น (likert scale) การบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันไปใช้ ประยุกต์ใช้จากเครื่องมือของณัฐกิจ ศิริจันทร์ และชัจฉณค์ แพรขาว¹⁶ ในการบันทึกผลของการคัดแยกของพยาบาล จำนวน 10 ข้อแบบมาตราส่วน ประกอบด้วย 5 ระดับ (rating scale) การแปลผลของระดับคะแนนความเป็นไปได้ ของการนำใช้พิจารณาการคำนวณ และการตีความอันตรภาคชั้น (likert scale)

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสัมภาษณ์ ดังตัวอย่างคำถาม ดังนี้ 1) ท่านช่วยเล่าประสบการณ์การใช้งานบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน อย่างไร 2) จากที่ท่านได้ใช้งานความแม่นยำของการคัดแยกเป็นอย่างไร 3) ท่านคิดว่ารูปแบบการใช้งานของระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน ในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยมีความแตกต่างจากระบบเดิมที่ใช้อยู่หรือไม่ อย่างไร และ 4) ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันฯ หรือไม่ อย่างไร และเทปบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เว็บแอปพลิเคชันการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน และคู่มือการใช้งานแบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วย บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) 0.91

2. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้งานระบบปฏิบัติการ การบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน และแบบประเมินความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันไปใช้ ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำหนังสืออนุมัติดังกล่าว เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลต่อจากนั้น ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน พยาบาลวิชาชีพได้เข้ารับการฝึกอบรมการใช้

เว็บแอปพลิเคชันก่อนการใช้งานจริง โดยให้ทดลองใช้งานเป็นเวลา อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และประสิทธิภาพในการใช้งาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

ต่อมาผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัย มีการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยต่อเนื่อง ระยะเวลา 3 เดือน และได้ทำแบบประเมินความพึงพอใจของการใช้งานและความเป็นไปได้ของการใช้งาน ทั้ง 2 ส่วน และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยจะสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและเงียบ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662317 ที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยหลักประโยชน์ หลักยุติธรรม และการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งกลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลาย ผู้วิจัยคำนึงถึง จริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการฯ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (spearman's rank correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพ (ค่าความดันโลหิต ชีพจรโตลิก ไดแอสโตลิก ชีพจรรดับออกซิเจนปลายนิ้ว และระดับความรู้สึกตัว GCS) กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลำดับ (ESI) และตัวแปรต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เช่น ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้งานระบบปฏิบัติการ และประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการแอปพลิเคชันไปใช้

ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผู้วิจัยเพื่อพิจารณาการมีอยู่ของคำ หรือแนวคิดที่ซ่อนอยู่จากข้อมูลที่สัมภาษณ์นั้น²⁶

ผลการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันในโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

จากผลของการใช้รูปแบบการบันทึกคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากการบันทึกในระบบปฏิบัติการฯ จำนวน 312 คน ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน¹⁵⁻¹⁶ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (ESI) กับชีพจร (pulse)^{3,14} พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

($r_s = -0.14$, $p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่า เมื่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ชีพจรของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะลดลงเล็กน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตกับชีพจร พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) กับชีพจร ($r_s = -0.40$, $p < 0.05$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)¹² กับชีพจร ($r_s = -0.14$, $p < 0.05$) แสดงว่า เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) กับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)²⁷ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ($r_s = 0.47$, $p < 0.05$) หมายความว่า ความดันโลหิตทั้งสองค่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมกันและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ($O_2\text{Sat}$) กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (ESI)¹⁵ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r_s = 0.16$, $p < 0.05$) ซึ่งบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยที่มีค่า $O_2\text{Sat}$ ต่ำ มีระดับความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

	1	2	3	4	5	6
1. ESI	1.00					
2. SBP	0.11	1.00				
3. DBP	0.01	0.47	1.00			
4. Pulse	-0.14*	-0.40*	-0.14*	1.00		
5. $O_2\text{Sat}$	0.16*	0.13*	0.07	-0.03	1.00	
6. GCS	0.10	0.09	0.09	-0.02	-0.01	1.00

* $p < 0.05$, ค่า Spearman's rho (r_s)¹⁶

2. ความคิดเห็นความเป็นไปได้ของการนำใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันต่อการใช้งาน

ความคิดเห็นของความเป็นไปได้ในการนำใช้เว็บแอปพลิเคชัน ในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย อยู่ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 (SD=0.50) เมื่อพิจารณารายข้อส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพให้ความเห็นอยู่ระดับมากที่สุด มีเพียงข้อเว็บแอปพลิเคชันมีความเป็นไปได้ ที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานจริงอยู่ระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย

ความเป็นไปได้	Mean	SD	ระดับความเป็นไปได้
1. สามารถใช้เว็บแอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยได้	4.75	0.49	มากที่สุด
2. ขั้นตอนของเว็บแอปพลิเคชันมีความชัดเจนและเชื่อถือได้	4.75	0.49	มากที่สุด
3. เว็บแอปพลิเคชันสามารถใช้งานได้ง่ายและมีความสะดวก	4.50	0.53	มากที่สุด
4. เว็บแอปพลิเคชันใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4.63	0.53	มากที่สุด
5. การใช้เว็บแอปพลิเคชันสามารถช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยได้	4.38	0.53	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย (ต่อ)

ความเป็นไปได้	Mean	SD	ระดับความ เป็นไปได้
6. เว็บแอปพลิเคชันสามารถช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงได้	4.38	0.53	มากที่สุด
7. เว็บแอปพลิเคชันมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง	4.63	0.53	มากที่สุด
8. การใช้แอปพลิเคชันทำให้เกิดความคุ้มค่ามากกว่าการดำเนินการบันทึกข้อมูลการคัดแยกตามปกติ	4.63	0.53	มากที่สุด
9. การใช้เว็บแอปพลิเคชันทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย	4.25	0.49	มากที่สุด
10. เว็บแอปพลิเคชันมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานจริง	4.13	0.38	มาก
ภาพรวมความเป็นไปได้	4.51	0.50	มากที่สุด

3. ความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน

ความพึงพอใจต่อการนำใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน ภาพรวมอยู่ที่ ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 (SD=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ เห็นว่า มีความพึงพอใจของการนำใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกในระดับมากที่สุด และมีการเพิ่มเติมข้อเสนอแนะว่ารูปแบบยังมีความน่าสนใจและทันสมัย มีความน่าสนใจนำไปใช้และมีความเหมาะสม เกี่ยวกับการทำงานในยุคสมัยปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น ถ้าสามารถนำมาใช้จริงก็ช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลของการคัดแยกผู้ป่วยได้ และรูปแบบเว็บแอปพลิเคชันมีรายละเอียดครบถ้วน ชัดเจน สำหรับการใช้คัดแยกผู้ป่วยได้จริง

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความ พึงพอใจ
1. เว็บแอปพลิเคชันมีเนื้อหาการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องตามระดับความรุนแรงที่ครอบคลุม	4.43	0.53	มากที่สุด
2. ขั้นตอนของเว็บแอปพลิเคชันไม่มีความยุ่งยาก มีความสะดวกในการใช้งาน	4.29	0.49	มากที่สุด
3. เว็บแอปพลิเคชันช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลในการคัดแยก	4.29	0.49	มากที่สุด
4. ท่านสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันได้	4.43	0.53	มากที่สุด
5. การใช้งานเว็บแอปพลิเคชันทำให้ท่านมีความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องมากขึ้น	4.71	0.49	มากที่สุด
6. ท่านรู้สึกว่าการใช้เว็บแอปพลิเคชันมีความสวยงาม ทันสมัยและสร้างสรรค์	4.57	0.53	มากที่สุด
7. เว็บแอปพลิเคชันทำให้คุณภาพของการทำงานต่อการคัดแยกของท่านเพิ่มขึ้น	4.71	0.49	มากที่สุด
8. เว็บแอปพลิเคชันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่าน	4.71	0.49	มากที่สุด
9. เว็บแอปพลิเคชันมีความเหมาะสมกับการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง	4.57	0.53	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย (ต่อ)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
10. ความพึงพอใจของท่านในภาพรวมต่อเว็บแอปพลิเคชัน	4.71	0.49	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.54	0.51	มากที่สุด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ลดภาระงานและคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น 2) ลดความเครียดและแรงกดดันในการตัดสินใจ และ 3) ความมั่นใจในการคัดแยกเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ลดภาระงานและคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

ในแต่ละวันพยาบาลที่อยู่จุดคัดแยกต้องพบกับผู้ป่วยที่มีอาการหลากหลาย ทั้งเคสเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ซึ่งการทำงานในจุดคัดแยกต้องใช้ความเร็ว ความแม่นยำ และการตัดสินใจที่ดี เพราะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง พยาบาลต้องเจอกับความคาดหวังจากผู้ป่วยและญาติ ทำให้การทำงานค่อนข้างกดดัน ระบบคัดแยกแบบเดิมที่ใช้กระดาษจะใช้เวลานานกว่าจะบันทึกข้อมูลและประเมินอาการได้ครบถ้วน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดความผิดพลาดหรือล่าช้า เว็บแอปพลิเคชันฯ ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยแก้ปัญหา ทำให้บันทึกข้อมูลได้รวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ที่สำคัญยังช่วยเก็บข้อมูลไว้ใช้วิเคราะห์และพัฒนางานต่อไปได้อีกด้วย

ตัวอย่างคำพูด “ระบบนี้ช่วยให้การบันทึกข้อมูลเร็วขึ้นกว่าเดิมเยอะค่ะ เวลาคัดแยกผู้ป่วย เราก็สามารถประเมินอาการและตัดสินใจได้ง่ายขึ้น ว่าควรให้ใครเข้าก่อนหลัง ลดเวลาที่ต้องคิดเอง” (พยาบาลหญิง อายุงาน 13 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 5 ปี)

“ตอนแรกก็ไม่แน่ใจว่าระบบใหม่จะดีไหม แต่พอใช้มาสักพักก็รู้สึกว่ามันไม่ต่างจากเดิมในเรื่องคุณภาพเลยครับ แล้วยังเก็บข้อมูลไว้ใช้ย้อนหลังหรือพัฒนางานในอนาคตได้อีกด้วย” (พยาบาลชาย อายุงาน 7 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 2 ปี 5 เดือน)

2. ลดความเครียดและแรงกดดันในการตัดสินใจ

ก่อนมีระบบคัดแยกแบบใหม่ พยาบาลต้องใช้การบันทึกด้วยมือและอาศัยการประเมินอาการผู้ป่วยด้วยตนเองทุกขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ ความเร็ว และความแม่นยำ จึงทำให้เกิดความเครียดและกดดัน โดยเฉพาะ เมื่อต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่เมื่อมีระบบที่ช่วยประเมินวิเคราะห์ และสรุปผลระดับความเร่งด่วนมาเสริม พยาบาลรู้สึกว่าการตัดสินใจลดลง และมั่นใจมากขึ้นในการให้การดูแลที่ถูกต้องตามลำดับความรุนแรงของอาการ

ตัวอย่างคำพูด “เมื่อก่อนต้องคิดและตัดสินใจเองทั้งหมด บางทีก็เครียดมาก กลัวว่าจะคัดแยกผิดแล้วกระทบกับคนไข้ แต่พอมีระบบนี้เข้ามาช่วยประเมิน ก็รู้สึกเบาใจขึ้นเยอะค่ะ ทำให้เรามั่นใจขึ้น ในการจัดลำดับความเร่งด่วน” (พยาบาลหญิง อายุงาน 5 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 2 ปี)

“ระบบช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและให้แนวทางเบื้องต้น ทำให้รู้สึกไม่กดดันเหมือนตอนใช้กระดาษ เพราะมีข้อมูลประกอบตัดสินใจชัดเจนขึ้น ลดความเครียดไปได้มาก” (พยาบาลชาย อายุงาน 4 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 3 ปี)

3. ความมั่นใจในการคัดแยกเพิ่มขึ้น

หน้าที่คัดแยกผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบสูง พยาบาลต้องประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และตัดสินใจให้ได้ภายในเวลาอันจำกัด ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่อาการของผู้ป่วยไม่ชัดเจน หรือมีความซับซ้อน เมื่อมีการปรับวิธี

การทำงานให้มากขึ้นตอนชัดเจนมากขึ้น และมีข้อมูลสนับสนุนที่ใช้ประกอบการประเมิน พยาบาลรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการตัดสินใจคัดแยก ส่งผลทางบวกต่อผู้ป่วยปฏิบัติงานและผู้ป่วย เพราะพยาบาลตัดสินใจได้อย่างเด็ดขาดไม่ลังเล ทำให้ลดความเสี่ยงในการคัดแยกผิด และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลา

ตัวอย่างคำพูด “เมื่อก่อนบางเคสก็ไม่แน่ใจว่าจะจัดอยู่ระดับไหน เพราะอาการไม่ชัดเจน ต้องตัดสินใจเองทั้งหมด แต่ตอนนี้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น เพราะมีข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ ทำให้รู้ว่าที่เราคิดมีเหตุผลรองรับ” (พยาบาลหญิง อายุงาน 10 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 2 ปี)

“พอมีระบบที่ชัดเจน ไม่รู้สึกเหมือนแบกรับความเสี่ยงไว้คนเดียว รู้สึกมีความมั่นใจเวลาคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น” (พยาบาลชาย อายุงาน 9 ปี ทำหน้าที่คัดแยกมา 4 ปี)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการฯ ที่ใช้งานได้จริง และผู้ใช้มีความพึงพอใจสูง ยังช่วยลดภาระงาน ลดความเครียดในการตัดสินใจ และเพิ่มความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบเว็บแอปพลิเคชัน ความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย^{3,14-15} ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ จากผลการวิเคราะห์ พบว่ามีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรบางคู่ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและชีพจร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำ ($rs=-0.14$, $p<0.05$) ซึ่งบ่งชี้ว่า เมื่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ชีพจรของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของซาเครี และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ไม่ปกติ¹⁴

ผลวิจัยยังพบความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง ระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ($rs=0.47$, $p<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ หลักการทางสรีรวิทยาที่ว่า ค่าความดันโลหิตทั้งสองตัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพร้อมกันในสถานการณ์ที่มีการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ^{7,14} อีกทั้ง ยังพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างค่าความดันโลหิตซิสโตลิกกับชีพจร ($rs=-0.40$, $p<0.05$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกกับชีพจร ($rs=-0.14$, $p<0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีชีพจรลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ร่างกายต้องพยายามปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ^{2,11,14} ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย^{3,14-15} ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^{1,9,17} ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น

ส่วนความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างบางตัวแปร เช่น ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างระดับความรุนแรงของผู้ป่วยกับชีพจร ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงมีชีพจรต่ำ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของเฟรเดอริก และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีชีพจรต่ำ^{23,28} ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ยังสนับสนุนว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยมีความสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน^{2,11}

การประเมินสัญญาณชีพ อาจมีความผิดพลาดหากผู้ใช้งานไม่มีความชำนาญหรือไม่มีการฝึกอบรมที่เพียงพอ^{20,29} ดังนั้น การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะของผู้ใช้งานจึงเป็นสิ่งสำคัญ²⁹ จากผลการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างบางตัวแปร เช่น ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างระดับความรุนแรงของผู้ป่วยกับชีพจร ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีชีพจรต่ำ^{23,28}

ความเป็นไปได้ในการนำใช้รูปแบบการพยาบาล บนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 (SD=0.50) เมื่อพิจารณารายข้อส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพให้ความเห็นระดับมากถึงมากที่สุด สามารถใช้รูปแบบการบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยบนระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชันได้ ขั้นตอนของเว็บแอปพลิเคชันมีความชัดเจนและเชื่อถือได้ เว็บแอปพลิเคชันใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การใช้เว็บแอปพลิเคชันช่วยลดเวลาการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยได้ และสามารถ ทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วยและความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน การใช้เว็บแอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย มีความเป็นไปได้สูงในทุกด้าน เช่น ความชัดเจน ความสะดวกในการใช้งาน และความเหมาะสมต่อการใช้งานจริง ผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อความแม่นยำและประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วย⁵ แสดงให้เห็นว่า เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เทคโนโลยีดิจิทัล สามารถประยุกต์ใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ระบุว่า เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{21,23} โดยเฉพาะในการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน เรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้กับแอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัลในการดูแลฉุกเฉิน พบว่า ผู้ใช้แอปพลิเคชันมีความพึงพอใจสูงในการใช้งาน เนื่องจากความสะดวกและความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล¹⁸

ผู้วิจัย พบว่า ประเด็นความท้าทายและประโยชน์ของการใช้ระบบคัดแยกแบบดิจิทัล ในแผนกฉุกเฉิน การใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลบางรูปแบบยังคงมีข้อจำกัด^{9,12,30} เนื่องจากมีความซับซ้อนในการใช้งานและการเรียนรู้ของผู้ใช้ ดังนั้น การฝึกอบรมและการสนับสนุนการใช้งานเป็นสิ่งสำคัญการใช้เว็บแอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยมีความเป็นไปได้สูงในทุกด้าน เช่น ความชัดเจน ความสะดวกในการใช้งาน และความเหมาะสมต่อการใช้งานจริง ผลผู้ใช้แอปพลิเคชันมีความพึงพอใจสูงในการใช้งาน เนื่องจากความสะดวกและความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล^{2,16,31}

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้งานระบบปฏิบัติการเว็บแอปพลิเคชัน อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 (SD=0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่า เนื้อหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงที่ครอบคลุม ค่าเฉลี่ย 4.43 (SD=0.53) สามารถใช้รูปแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยได้จริง มีความเหมาะสมกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 4.57 (SD=0.53) และการบันทึกเป็นขั้นตอน ชัดเจน และต่อเนื่อง ทำให้สะดวกต่อการใช้งาน ค่าเฉลี่ย 4.71 (SD=0.49) ในขณะที่ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์เรื่องความสวยงามสร้างสรรค์และทันสมัย ค่าเฉลี่ย 4.57 (SD=0.53) จากการศึกษา พบว่า พยาบาลให้ความคิดเห็นว่า การออกแบบของเว็บแอปพลิเคชันมีความน่าสนใจ สะดวกต่อการใช้งานและความพึงพอใจรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความพึงพอใจในเนื้อหาของ การคัดแยกครอบคลุม ใช้งานได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีลำดับขั้นตอนตามกระบวนการที่ครอบคลุม เนื้อหา มีความทันสมัย ลดระยะเวลาการบันทึก สามารถใช้บันทึกข้อมูลการคัดแยกได้จริง รูปแบบมีความสวยงาม^{2,16,31} พยาบาลที่ใช้เว็บแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในด้านการลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล และการเพิ่มความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วย ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้กับแอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัลในการดูแลฉุกเฉิน พบว่า ผู้ใช้แอปพลิเคชัน

ที่รายงานว่า ผู้ใช้แอปพลิเคชันทางการแพทย์มีความพึงพอใจสูงในการใช้งาน เนื่องจากความสะดวกและความรวดเร็ว¹⁶ ความพึงพอใจของผู้ใช้งานอาจลดลงหากระบบไม่มีความเสถียรหรือมีข้อผิดพลาดในการใช้งาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรได้รับการแก้ไขและปรับปรุงในการพัฒนาแอปพลิเคชัน^{12,28} และเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ใช้งานในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ระบุว่า พยาบาลมีความมั่นใจมากขึ้นในการคัดแยกผู้ป่วยเมื่อใช้แอปพลิเคชัน^{16,31} และการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน มีความสำคัญช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยมีความตรงระดับความรุนแรง และยังช่วยลดการเกิดการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริงและการเกิดการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 9.93 และ 4.80 ตามลำดับ

สำหรับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ลดภาระงานและคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น 2) ลดความเครียดและแรงกดดันในการตัดสินใจ และ 3) ความมั่นใจในการคัดแยกเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยอภิปรายได้ ดังนี้

ลดภาระงานและคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น พยาบาลในจุดคัดแยกต้องเผชิญกับผู้ป่วยหลากหลาย จึงต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำท่ามกลางความกดดัน ระบบเดิมที่ใช้กระดาษทำให้ล่าช้าและอาจเกิดข้อผิดพลาด เว็บแอปพลิเคชันฯ ช่วยให้บันทึกข้อมูลได้รวดเร็ว ชัดเจน และนำไปใช้พัฒนางานต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Da'Costa A และคณะ พบว่า ที่ศึกษามีเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในแผนกฉุกเฉิน ผลพบว่า การคัดแยกผู้ป่วยด้วยปัญญาประดิษฐ์มีประโยชน์มาก ช่วยจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดเวลารอคอย และเป็นใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ³²

ลดความเครียดและแรงกดดันในการตัดสินใจ ก่อนมีระบบใหม่ พยาบาลต้องประเมินอาการและบันทึกเองทั้งหมด ทำให้เกิดความเครียดและกดดันในการตัดสินใจ โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก ระบบใหม่ช่วยประเมินและสรุปผลระดับความเร่งด่วนได้ ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกกดดันน้อยลงและมั่นใจในการคัดแยกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi H และคณะ พบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการลดความเครียด ความกดดัน และภาระงานของพยาบาล³³

ความมั่นใจในการคัดแยกเพิ่มขึ้น การคัดแยกผู้ป่วยต้องใช้ความรู้และความมั่นใจในการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เป็นเรื่องที่ท้าทายโดยเฉพาะเมื่ออาการไม่ชัดเจน ระบบใหม่ที่มีขั้นตอนชัดเจนและข้อมูลสนับสนุนช่วยให้พยาบาลมั่นใจมากขึ้น ลดความลังเลและเพิ่มความแม่นยำในการช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Huter K และคณะ พบว่า เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนพยาบาลในการตัดสินใจและมีความน่าเชื่อถือในการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการปฏิบัติงานของพยาบาล และส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น³⁴

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการพัฒนาระบบเว็บแอปพลิเคชันให้สามารถเชื่อมต่อกับระบบของโรงพยาบาลได้ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลและการคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีคุณภาพ
2. การวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุติยภูมิตำนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่การคัดแยกผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ได้ในพื้นที่ของการศึกษา มีเพียง 7 ราย จึงอาจจะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้และระยะเวลาการเก็บข้อมูลมีข้อจำกัดอยู่ที่ 3 เดือน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการวัดผลกระทบระยะยาวของการใช้ระบบเว็บแอปพลิเคชันเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และอาจจะมี การเพิ่มระยะเวลานานขึ้นการใช้ระบบเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและคุณภาพที่สูงขึ้น

References

1. Çetin SB, Cebeci F, Eray O. The effect of computer-based decision support system on emergency department triage: non-randomised controlled trial. *Int Emerg Nurs* 2023 Sep;70:101341.
2. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, et al. Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016. *CJEM* 2017 Jul;19(S2):S18-27.
3. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency severity index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4: implementation handbook. Rockville (MD): AHRQ; 2012.
4. Promton M, Wangsrikhun S, Sukonthasarn A. Effect of using computer assisted instruction for emergency department triage on nurses' triage accuracy. *Nurs J.* 2019;46(1):65–74. (in Thai)
5. Alumran A, Alkhalidi O, Aldroorah Z, Alsayegh Z, Alsafwani F, Almaghraby N. Utilization of an electronic triage system by emergency department nurses. *J Multidiscip Healthc.* 2020 Mar 31;13:339–44.
6. Peta D, Day A, Lugari WS, Gorman V, Pajo VM. Triage: a global perspective. *J Emerg Nurs* 2023 Nov;49(6):814-25.
7. Tyler S, Olis M, Aust N, Patel L, Simon L, Triantafyllidis C, et al. Use of artificial intelligence in triage in hospital emergency departments: a scoping review. *Cureus* 2024 May 8;16(5):e59906.
8. Chen W, Linthicum B, Argon NT, Bohrmann T, Lopiano K, Mehrotra A, et al. The effects of emergency department crowding on triage and hospital admission decisions. *Am J Emerg Med* 2020;38(4):774-9.
9. Choosri N, Kungsuwan S. Feasibility study of using mobile application to support triage and diagnosis clinical decisions for pediatricians: user-centered design approach. *Digit Health* 2023 Sep;9:20552076231203930.
10. Khubrani FY, Al-Qahtani MF. Association between emergency department overcrowding and mortality at a teaching hospital in Saudi Arabia. *Open Public Health J* 2020 Dec 31;13(1):756-62.
11. Kim HJ, Kang HY, Kim HR. Development of a web-based Korean triage and acuity scale learning program for emergency department nurses. *Comput Inform Nurs* 2021;39(11):821-7.
12. Østervang C, Lassen A, Schmidt T, Coyne E, Dieperink KB, Jensen CM. Development of a health information system to promote emergency care pathways: a participatory design study. *Digit Health* 2022;8:20552076221145856.

13. Meearee F, Wattanakorn K. The situation of emergency patient triage among professional nurses in the emergency department of one community hospital in the western region. *JNHR* 2024;25(3):e272000. (in Thai)
14. Zakeri H, Saleh LA, Niroumand S, Ziadi-Lotfabadi M. Comparison the emergency severity index and manchester triage system in trauma patients. *Bull Emerg Trauma* 2022 Apr;10(2):65-70.
15. Goulet H, Andre S, Der Sahakian G, Freund Y, Khelifi G, Claessens YE, et al. Accuracy of oxygen tissue saturation values in assessing severity in patients with sepsis admitted to emergency departments. *Eur J Emerg Med* 2014 Aug;21(4):266-71.
16. Sedgwick P. Spearman's rank correlation coefficient. *BMJ* 2014 Nov 28;349:g7528.
17. Sirichan N, Pearkao C. Effect of injured patients from first responders at the scene of an accident: nursing intervention and recording of support activities on the web application operating system. *Thai J Emerg Med* 2023;5(2):30-41. (in Thai)
18. Alsallum SJ, Lasloom SS, Aldughaysh MM, Alghobari BH, Al Sallum DO, Alyami HD, et al. Triage-Related Interventions for Enhancing Patient Flow in Emergency Departments. *Adv Clin Exp Med* 2022 Dec 18;9(4):123-30.
19. Wireklint SC, Elmqvist C, Göransson KE. An updated national survey of triage and triage related work in Sweden: a cross-sectional descriptive and comparative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2021 Jul 3;29(1):89.
20. Maiti D, Easow TM, Jyothi R. Enhancing triage systems in emergency units: an extensive review. *RJNS*. 2024;14(2):10–6.
21. Porto BM. Improving triage performance in emergency departments using machine learning and natural language processing: a systematic review. *BMC Emerg Med* 2024 Nov 18;24(1):219.
22. Zaboli A, Ausserhofer D, Sibilio S, Toccolini E, Bonora A, Giudiceandrea A, et al. Effect of the emergency department assessment of chest pain score on the triage performance in patients with chest pain. *Am J Cardiol* 2021 Dec 15;161:12-8.
23. Kongensgaard FT, Fløjstrup M, Lassen A, Dahlin J, Brabrand M. Are 5-level triage systems improved by using a symptom based approach? a Danish cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2022 Apr 25;30(1):31.
24. National Institute of Emergency Medicine. Emergency medicine situation report. Bangkok: National Institute of Emergency Medicine;2022. (in Thai)
25. Phaken C, Pearkao C, Potisopha W, Angkasith P. Evaluation of a web application for nursing records of multiple trauma patients in an emergency department. *J Emerg Trauma Shock* 2022 Oct 1;15(4):167-72.

26. Jongudomkarn D. Qualitative research in the context of nurses' daily. J Nurs Sci Health [internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 May 4];47(1):1-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/268694> (in Thai)
27. Lathum K, Pearkao C. The study of emergency patient triage quality at Srinagarind Hospital. In: Graduate School, Khon Kaen University, editor. Proceedings of the National and International Graduate Research Conference 2017. Khon Kaen: Khon Kaen University;2017;p.1035-46. (in Thai)
28. Komaenthammasophon C, Pachinburavan M, Chokesuwattanaskul R. Heart rate variability and mortality in critically ill COVID-19 pneumonia patients. Heliyon 2024 Aug 15;10(15):e34842.
29. Malak MZ, Al-Faqeer NM, Yehia DB. Knowledge, skills, and practices of triage among emergency nurses in Jordan. Int Emerg Nurs 2022 Nov;65:101219.
30. Sangchan W, Jittharn A. User satisfaction assessment with digital emergency triage systems in a Secondary Hospital. J Nurs Sci 2019;38(1):45-54. (in Thai)
31. Wangsrikhun S. Quality Improvement of patient triage at emergency departments. Nurs J CMU 2018;45(3):158-69. (in Thai)
32. Da'Costa A, Teke J, Origbo JE, Osonuga A, Egbon E, Olawade DB. Ai-driven triage in emergency departments: A review of benefits, challenges, and future directions. Int J Med Inform 2025;197:105838.
33. Choi H, Tak SH, Song Y, Park J. Nurses' perspectives on the adoption of new smart technologies for patient care: focus group interviews. BMC health serv res 2025 Dec;25(1):391.
34. Huter K, Krick T, Domhoff D, Seibert K, Wolf-Ostermann K, Rothgang H. Effectiveness of digital technologies to support nursing care: results of a scoping review. J Multidiscip Healthc 2020 Dec 9;13:1905-26.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ในจังหวัดปทุมธานี

ณัชชา ตริสุวรรณ พย.บ.* รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ปร.ด.** พรนภา หอมสินธุ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเยาวชน โดยเฉพาะนักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีความเสี่ยงสูง เนื่องจากความเครียดทางการเรียน แรงกดดันทางสังคม และอิทธิพลจากเพื่อน การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนหญิง จำนวน 348 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling technique) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ออนไลน์ผ่าน google forms วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วย Binary logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 74.4 ของกลุ่มตัวอย่าง ตอบว่าเคยดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR=5.52, 95%CI=2.53-12.19) ความเครียด (AOR=3.16, 95%CI=1.36-7.33)ทัศนคติต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR 3.10, 95%CI=1.43-6.68) การดื่มสุราของเพื่อนสนิท (AOR 1.66, 95%CI=1.70-3.94) ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น (AOR 1.40, 95%CI=1.19-1.84) การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา (AOR 1.14, 95%CI=1.07-1.32) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (AOR 1.14, 95%CI=1.07-1.32) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลยุทธ์การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในนักเรียนหญิงที่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องจัดการทั้งปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การจัดการความเครียด และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงกดดันจากเพื่อน และครอบครัว

คำสำคัญ: การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ความชุก นักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ปัจจัยเสี่ยง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย IRB3-044/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 27 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล rungrat@go.buu.ac.th

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors related to binge drinking among female vocational students in Pathum Thani Province

Natcha Tresuwan B.N.S.* Rungrat Srisuriyawet Ph.D.** Pornnapa Homsin Ph.D.***

Abstract

Occasional binge drinking is a significant public health issue among youth, particularly female vocational students, who are at high risk due to academic stress, social pressures, and peer influence. Understanding factors influencing their binge drinking behavior is essential for developing effective prevention strategies. This cross-sectional study aimed to examine the prevalence of occasional binge drinking and associated factors among female higher vocational certificate students under the Office of the Vocational Education Commission in Pathum Thani Province. The sample consisted of 348 female students selected through multistage sampling technique. Data were collected using online questionnaires via Google Forms. Descriptive data were analyzed using means, percentages, and standard deviations; while factor associations were analyzed using Binary Logistic Regression.

The results revealed that 74.4% of participants reported binge drinking episodes within the previous 30 days. Associated factors for occasional binge drinking behavior were: self-efficacy in refusing occasional binge drinking (AOR=5.52, 95%CI=2.53–12.19), stress (AOR=3.16, 95%CI=1.36–7.33), attitude toward occasional binge drinking (AOR=3.10, 95%CI=1.43–6.68), peer drinking (AOR=1.66, 95%CI=1.70–3.94), history of other substance use (AOR=1.40, 95%CI=1.19–1.84), family members drinking (AOR=1.14, 95%CI=1.07–1.32), and academic performance (AOR=1.14, 95%CI=1.07–1.32). The findings suggested that successful strategies for developing occasional binge drinking prevention programs for female students must address both individual factors (such as stress management and self-efficacy) and environmental influences (including peer and family pressure).

keywords: binge drinking; prevalence; female vocational students, risk factors

Ethical approval: IRB3-044/2024, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 27 April 2025, Revised 24 June 2025, Accepted 17 October 2025

*A student of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

**Associate professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Corresponding author,
Email: rungrat@go.buu.ac.th

***Associate professor, Faculty of Nursing, Burapha University

บทนำ

การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัญหาระดับโลก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากร 1 ใน 3 ของโลกดื่มแอลกอฮอล์ โดยเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ประมาณ 6.5 ล้านคน ดื่มสุรา และ 2 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราแบบหนัก¹⁻² ข้อมูลจาก NIAAA ปี 2024 พบว่า นักเรียนเกรด 10 และ 12 ในสหรัฐอเมริกา มีการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ร้อยละ 5.9 และ 12.6 ตามลำดับ โดย 1 ใน 4 เป็นเด็กผู้หญิง³ สำหรับ ประเทศไทย ความชุกการดื่มสุราของเยาวชนสูงเป็นอันดับสอง (ร้อยละ 13.0) ในอาเซียน แม้ว่าสัดส่วนนักดื่มชายจะสูงกว่าหญิงเกือบ 2 เท่า แต่ความชุกของนักดื่มหญิงไทยสูงเป็นอันดับสอง (ร้อยละ 27.7) และนักดื่มหนักหญิงสูงเป็นอันดับสาม (ร้อยละ 4.9) ในกลุ่มอาเซียน⁴ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในกลุ่มประชากรหญิง พบว่า สัดส่วนนักดื่มประจำเพิ่มสูงขึ้น จากเดิม ร้อยละ 10.5 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี 2564⁵ จะเห็นได้ว่า เยาวชนหญิงกำลังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ที่ได้รับภัยคุกคามทางสุขภาพ จากพฤติกรรมกรดื่มสุราในระดับประเทศ เมื่อพิจารณาจากความชุกของการดื่มสุราในประชากรจังหวัดปทุมธานี พบว่า ความชุกการดื่มสุราอยู่ใน ระดับที่ 34 ของประเทศ โดย ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของการดื่มสุรา ร้อยละ 32 ความชุกของการดื่มหนัก ร้อยละ 35.9⁶

จังหวัดปทุมธานีเป็นพื้นที่เขตปริมณฑลที่มีความเจริญใกล้เคียงกรุงเทพฯ มีสถานศึกษาอาชีวศึกษา และร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์หนาแน่น ส่งผลให้นักเรียนสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มที่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถดื่มได้ตามกฎหมาย⁴ รายงานการศึกษา⁷ พบว่า เยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตรา นักดื่มใหม่สูงสุด (ร้อยละ 15.22) โดยเยาวชนหญิง ส่วนใหญ่ดื่มแบบครั้งคราว (ร้อยละ 8.31) นอกจากนี้ ยังพบว่า กลยุทธ์การขายตัวของตลาดเบียร์สดและคราฟเบียร์ ตลอดจนการตลาดของ "เบียร์ 0%" ที่อาจ สร้างความเข้าใจผิดว่าเป็นเครื่องดื่มที่ปลอดภัย ซึ่งอาจกระตุ้นให้เยาวชนหญิงเริ่มดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความแตกต่าง ทางสรีรวิทยา ผู้หญิงมีร่างกายเล็กกว่า ปริมาณน้ำในร่างกายน้อยกว่า และมีเอนไซม์ย่อยแอลกอฮอล์ ในกระเพาะอาหารต่ำกว่าผู้ชาย 2 เท่า ส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า และมีอัตราการตายจาก การดื่มหนักสูงกว่าผู้ชายถึง 4 เท่า⁸ ด้านสุขภาพจิต แอลกอฮอล์รบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทสมอง ลดระดับ serotonin และ norepinephrine ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁹ โดยเพศหญิงมีความอ่อนไหวต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เสริมซึ่งกันและกัน กับพฤติกรรมการดื่มหนัก¹⁰

การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (binge drinking: BD) หมายถึง การดื่มสุราที่มีระดับการดื่มตั้งแต่ 5 ดื่ม มาตรฐานในเพศชาย และ 4 ดื่ม มาตรฐานในเพศหญิงในเวลาเดียวกันหรือภายใน 2 ชั่วโมง³ จาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (binge drinking) รวมทั้งการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกัน ได้แก่ การดื่มบางโอกาส (heavy episodic drinking: HED) การดื่มเสี่ยงแบบครั้งคราว (risky single - occasion drinking: RSOD) และการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking or risky drinking) ในวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัยหลายระดับที่ส่งผลต่อการดื่มสุราแบบหนัก ทั้งปัจจัย ระดับบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน¹¹⁻¹² ความเครียด¹³ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา¹²⁻¹³ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ¹³⁻¹⁴ ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมหรือทัศนคติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์¹²⁻¹³ และปัจจัยทางสังคมหรือ ระหว่างบุคคล ได้แก่ การดื่มสุราของเพื่อน¹³⁻¹⁴ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว¹⁴⁻¹⁵

การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในเยาวชนหญิงยังมีข้อจำกัดอย่างมาก และพบว่า มีเพียงหนึ่งเรื่องที่มีการศึกษาในนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดสุรินทร์¹¹ ยังขาดการศึกษาเฉพาะในเยาวชนหญิง ทั้งที่แนวโน้มการดื่มหนักในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ประกอบกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวแตกต่างจากเพศชาย ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Triadic influence theory)¹⁶ ของ เฟลย์และพีเทรียทิส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีนี้ เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ และปัจจัยทางสังคม โดยการศึกษาจะ กำหนดปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความเครียด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ปัจจัยด้านความเชื่อทัศนคติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มสุรา ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การดื่มสุราของเพื่อน และการดื่มสุราในครอบครัว ทั้งนี้ การศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในเยาวชนหญิง จะเป็นประโยชน์ต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปปรับใช้ในการรณรงค์ หรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของเยาวชนหญิงไทย อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความเครียด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว และปัจจัยทางสังคมหรือระหว่างบุคคล ได้แก่ การดื่มสุราของเพื่อนสนิท และการดื่มสุราในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

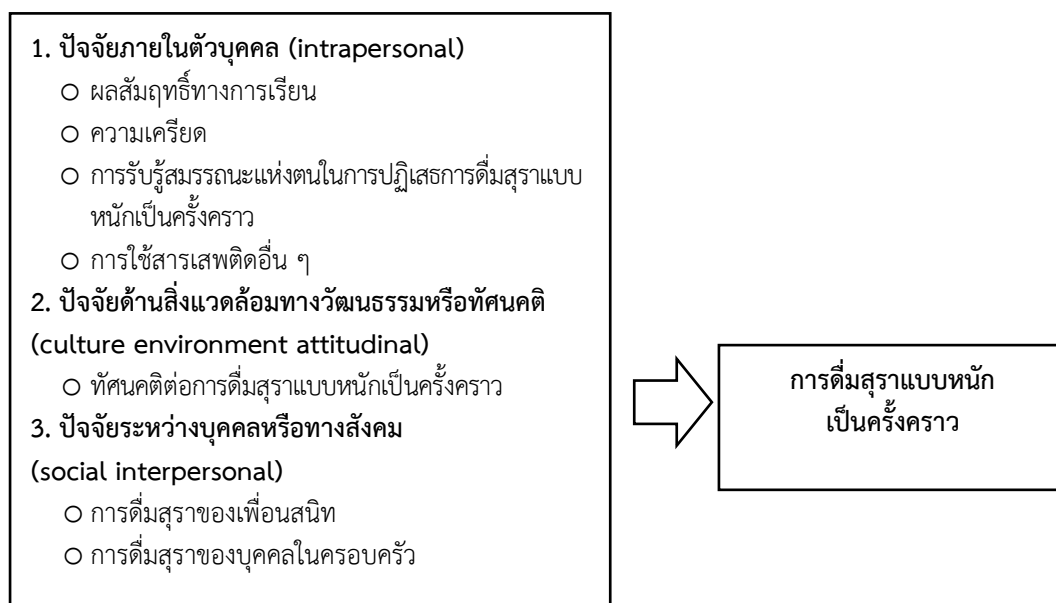
1. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี
2. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีความเครียดสูง มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียดน้อย
3. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุราต่ำ มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุราสูง
4. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่น
5. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงบวกกับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดื่มสุราหนักเป็นครั้งคราว

6. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มสุรามาก มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มสุราน้อย

7. นักเรียนหญิงอาชีวศึกษากลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา มีโอกาสเสี่ยงสูงในการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ อ้างอิงแนวคิดจากทฤษฎีปัจจัยสามทาง (the triadic influence theory) ของ Flay BR และคณะ ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ใช่ผลลัพธ์ของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง หากแต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสามระดับ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal influences) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (cultural/attitudinal influences) และปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (social/interpersonal influences) โดยแต่ละระดับมีความเกี่ยวเนื่องกันและส่งผลโดยรวมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในกลุ่มเยาวชนหญิง¹⁶ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากร คือ นักเรียนหญิงอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัย สังกัด คณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดปทุมธานี ปี 2567 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 3 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ชั้นปีที่ 1-2 ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัด คณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2567 โดยเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีสัญชาติไทย 3) มีสมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึง google form ได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร เพื่อใช้ในการสำรวจในการประมาณสัดส่วน¹⁷ ขนาดประชากรนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ชั้นปีที่ 1-2 ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยอาชีวศึกษาที่ศึกษาในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,798 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2=3.841$) และความคลาดเคลื่อน 5% ($d=0.05$) สัดส่วนของเรียนหญิงที่ดื่มสุราในสถานศึกษา จากผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ซึ่งพบว่า ในกลุ่มนักเรียนหญิงมีการดื่มสุรา ร้อยละ 58.1 จึงได้กำหนดให้ค่า $P=.5$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 316 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 316 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ในการเก็บข้อมูล จึงคำนวณเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 348 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นการเก็บแบบสอบถามออนไลน์ (e-questionnaire) โดยใช้โปรแกรม google form ในการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ชื่อสถานศึกษา ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าใช้จ่ายรายวัน อาชีพของผู้ปกครอง สถานภาพของบิดามารดา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการปฏิเสธการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ใช้แบบวัดความสามารถในการปฏิเสธการดื่มของตนเอง (The drinking refusal self-efficacy questionnaire – revised in adolescent sample (DRSEQ-RA) ของ Young และคณะ¹⁹ จำนวน 14 ข้อ แปลภาษาไทยโดย Hemachayart & Yodnil²⁰ มีจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต Likert scale (1-4) ระดับ คือ มั่นใจอย่างยิ่ง ค่อนข้างมั่นใจ ค่อนข้างไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย การแปลผล คำนวณคะแนนรวม และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน หมายถึง "การรับรู้สมรรถนะในการปฏิเสธมาก" และคะแนนน้อยกว่าค่ามัธยฐาน หมายถึง "การรับรู้สมรรถนะในการปฏิเสธน้อย" ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามมีค่า reliability เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการดื่มสุราของ Homsin & Srisuriyawet²¹ ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดของ Weber ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก การปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 (ข้อ 2, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 18, 20) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 16, 17, 19) การแปลผล คำนวณคะแนนรวม และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน หมายถึง "มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มแอลกอฮอล์" และคะแนนน้อยกว่าค่ามัธยฐาน หมายถึง "มีทัศนคติเชิงลบต่อการดื่มแอลกอฮอล์" ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถาม มีค่า reliability เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มสุราของเพื่อนสนิท ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุราของเพื่อนสนิทของ Thammaput²² แบบประเมินนี้ มีค่าความเชื่อมั่น (cronbach's alpha) อยู่ที่ 0.84 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) CVI เฉลี่ย (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.92 จำนวน 5 ข้อ เช่น เพื่อนสนิทของท่านตั้งใจชวนท่านดื่มสุรา เพื่อนสนิทมีการดื่มสุราเป็นประจำ เป็นต้น มีลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย การแปลผล คำนวณคะแนนรวม และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง "เพื่อนสนิทมีพฤติกรรมดื่มสุรามาก" และคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง "เพื่อนสนิทมีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อย" ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามมีค่า reliability เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ความรู้เบื่อ ความหงุดหงิด การไม่ต้องการพบปะผู้อื่น ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา วัดโดยแบบวัด stress test (ST5) ของ department of mental health²³ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง แทบไม่มี การแปลผล คำนวณคะแนนรวมแบ่งกลุ่ม ตามเกณฑ์ของแบบวัด ดังนี้ คะแนน 0-7 หมายถึง มีระดับความเครียดน้อย 8-15 หมายถึง มีระดับความเครียดมาก ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามมีค่า reliability เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการดื่มหนักเป็นครั้งคราว ประเมินจากข้อคำถามที่ผู้วิจัย พัฒนาจากนิยามการดื่มหนักเป็นครั้งคราวของ The substance abuse and mental health services administration (SAMHSA)²⁴ ที่นิยามไว้ว่า การดื่มเป็นครั้งคราว (binge drinking) ในผู้หญิงเป็นการดื่ม 4 ดื่ม มาตรฐานในครั้งเดียวหรือภายใน 2 ชั่วโมง อย่างน้อย 1 วัน ในสามสัปดาห์ที่ผ่านมา (เช่น 1 ดื่มมาตรฐาน=เบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว หรือ 100 ซีซี) มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ เป็นเคย ให้ 1 คะแนน ไม่เคย เป็น 0 คะแนน

การพัฒนาและคุณภาพเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือวิจัยเกี่ยวกับการดื่มสุราในวัยรุ่น อย่างแพร่หลายและมีคุณภาพสูง (การรับรู้สมรรถนะในการปฏิเสธการดื่มสุราแบบหนัก ทศนคติต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว การดื่มหนักของเพื่อนสนิท) และบางส่วนเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (ความเครียด) จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา อย่างไรก็ตาม มีการดำเนินการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับนักเรียนหญิง ปวส. ในสาขาอื่น จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตร cronbach's alpha ผลการทดสอบ พบว่า ทุกส่วนมีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.84-0.86

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-044/2567 เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2568 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจ ขณะเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน และการรักษาความลับของข้อมูล ส่วนการขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เป็นการยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการกระทำ (consent by action) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าไปทำแบบสอบถาม แสดงว่าไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน และมีการขออนุญาตอย่างเป็นทางการ โดยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแต่ละแห่ง หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ขอรายชื่อให้นักเรียนหญิง จำนวนห้อง และจำนวนนักเรียนของแต่ละวิทยาลัย เพื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มเป็นห้อง โดยเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงทั้งหมดในห้องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วม การประสานงานดำเนินการ

ผ่านอาจารย์ที่ได้รับมอบหมายของแต่ละชั้นเรียน เพื่อนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างในเวลาที่ไม่กระทบต่อการเรียน ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยและกระจาย QR code ให้กับนักเรียนด้วยตนเอง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเริ่มจากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่าน google form โดยระบบไม่ต้องระบุอีเมล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมเน้นย้ำว่า ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากมอบของที่ระลึกให้นักเรียนทุกคนแล้ว ให้พักเบรก 10 นาที ก่อนดำเนินการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน google form ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยมีเฉพาะผู้วิจัยและนักเรียนที่สมัครใจเท่านั้นในห้อง เพื่อปกป้องสิทธิและความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างต้องกดส่งหรือ submit เพื่อให้การตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์ หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะปรึกษาอาจารย์ที่รับผิดชอบ เพื่อสุมห้องเพิ่มเติมจนได้จำนวนที่ต้องการ สุดท้ายผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

เพื่อควบคุม ตัวแปรรบกวน (confounding variables) ที่อาจเกิดจากความแตกต่างของช่วงเวลาเรียนหรือสถานการณ์เฉพาะราย ผู้วิจัยกำหนดให้เก็บข้อมูลเฉพาะห้องเรียนภาคปกติในช่วงภาคเรียนที่สองเท่านั้น เพื่อให้สภาพแวดล้อมทางการเรียนมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด รวมถึงไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงสอบหรือกิจกรรมพิเศษ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเครียดหรืออารมณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หากพบแบบสอบถามที่กรอกไม่สมบูรณ์หรือขาดข้อมูลในคำถามหลัก ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่วิเคราะห์ และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับการจัดการข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) หากพบช่องว่างที่ไม่ใช่คำถามหลัก เช่น ข้อมูลประชากรพื้นฐานบางส่วน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงอธิบายแบบ pairwise deletion โดยไม่ตัดทิ้งข้อมูลทั้งหมดในกรณีที่ข้อมูลส่วนใหญ่ยังมีความสมบูรณ์ เพื่อรักษาความเที่ยงของผลวิเคราะห์โดยรวม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการดื่มสุราของผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการแจกแจงร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว โดยใช้สถิติ Binary logistic regression ที่ 95% CI (Confidential interval of odds ratio)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 348 คน อายุเฉลี่ย 20 ปี (SD=1.6) กำลังศึกษา ปวส.ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 54) และชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 46) โดยเรียนสาขาการบัญชีมากที่สุด (ร้อยละ 26.4) รองลงมา คือ การตลาดและคอมพิวเตอร์ธุรกิจ (ร้อยละ 14.7 และ 13.5 ตามลำดับ) ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 100 บาทต่อวัน (ร้อยละ 53.4) และส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ (ร้อยละ 79.6) ด้านครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 60.3) ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 55.75) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 61.8) รายได้ครอบครัวเพียงพอ (ร้อยละ 80.7) และมีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา (ร้อยละ 60.3) ดังตารางที่ 1

2. ความชุกของการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (มีประสบการณ์การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (≥ 4 หน่วยต่อครั้ง) ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา) ในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ตอบว่าเคยดื่ม ร้อยละ 74.4 มีเพียงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.6) ที่ไม่เคยดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว

3. ปัจจัยที่ศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ศึกษา พบว่า ในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคล นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่า 3.00 โดยมีค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ เท่ากับ 2.90 (SD=0.35) ด้านระดับความเครียด พบว่า ร้อยละ 73.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดมาก (คะแนน 8-15) โดยมีค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ที่ 8.81 (SD=2.52) ในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว พบว่า ร้อยละ 71.8 อยู่ในกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ต่ำ (คะแนน 21-29) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 29.06 (SD=5.87) และยังพบว่า ร้อยละ 70.4 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมเสริมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราแบบหนัก สำหรับปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.0 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มสุราแบบหนัก โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 51.04 (SD=3.71) ปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคม พบว่า ร้อยละ 74.1 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า เพื่อนสนิท มีพฤติกรรมการดื่มสุรามาก (คะแนน 17-25) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.4 (SD= 2.89) และร้อยละ 60.3 มีสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มสุรา ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 % เรียงจากระดับอิทธิพลมากไปน้อย ดังตาราง 3 จำแนกตามกลุ่มปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า นักศึกษาหญิงที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุราน้อย มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวสูงถึง 5.5 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรามาก (adjusted odds ratio (AOR) 5.52, 95%CI=2.53-12.19) ในขณะที่กลุ่มที่มีระดับความเครียดมาก มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนักฯ สูงเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อย (AOR 3.16, 95% CI=1.36-7.33) กลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติด มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวสูงเป็น 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดอื่น (AOR 1.40, 95 %CI=1.19-1.84) และกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน <3.00 มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวสูงเป็น 1.14 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ≥ 3.00 (AOR 1.14, 95% CI=1.07-1.32)

2) ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มสุราแบบหนักฯ มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนักฯ สูงเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดื่มสุราแบบหนักฯ (AOR 3.10, 95% CI=1.43-6.68) 3) ปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคม พบว่า มีเพื่อนสนิทมีพฤติกรรม การดื่มสุรามาก มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมการดื่มสุราแบบหนักฯ มีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนัก เป็นครั้งคราวสูงเป็น 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอิทธิพลของเพื่อนสนิทที่น้อย (AOR 1.66, 95% CI=1.70-3.94) และถ้ามีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงดื่มสุราแบบหนัก เป็นครั้งคราวสูงเป็น 1.14 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา (AOR 1.14, 95% CI=1.06-1.29)

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของการดื่มสุราแบบหนักในคราวเดียวในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อายุ 18-22 ปี ตอบว่าเคยมีประสบการณ์การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ร้อยละ 74.4 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น นักเรียนชายอาชีวศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ที่พบเพียงร้อยละ 59.3¹¹ และนักเรียนหญิงมัธยมปลายจังหวัดจันทบุรี ที่พบร้อยละ 50.2²⁰ อาจอธิบายได้ว่า อัตราการดื่มที่สูงนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีอายุน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยมีอายุเฉลี่ย 20 ปี ซึ่งตามกฎหมายสามารถซื้อสุราได้เอง เพราะบรรลุนิติภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบความชุกของการดื่มสุราเพิ่มขึ้น

ตามอายุ¹⁴ นอกจากนี้ ผู้หญิงอาจหันไปดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความเครียด ซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล เนื่องจากแอลกอฮอล์กระตุ้นการปล่อยโดปามีน ซึ่งก่อให้เกิดความสุขชั่วคราว²⁵ ทำให้เชื่อมโยงแอลกอฮอล์กับความรู้สึกทางบวกสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดมาก (ร้อยละ 73.9) และสูบบุหรี่มวน หรือบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วย (ร้อยละ 70.4) ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา ความเครียด การใช้สารเสพติดอื่น ๆ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายละเอียดดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา มีอิทธิพลต่อการสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว ในนักเรียนหญิง (AOR=5.52, 95% CI=2.53-12.19) กลุ่มตัวอย่างที่ขาดความมั่นใจและทักษะการปฏิเสธทำให้มีแนวโน้มยอมดื่มตามแรงกดดันจากสังคมหรือเพื่อนฝูง เพื่อไม่ให้รู้สึกแตกต่างหรือถูกตัดสินจากกลุ่ม²⁶⁻²⁷ การศึกษาของ Chen และคณะ²⁸ ยืนยันว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรามีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ ระหว่างบรรทัดฐานการดื่มของเพื่อนและความถี่ของการดื่มแบบหนัก โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่ำจะมีความอ่อนไหวต่อแรงกดดันจากเพื่อนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะสูง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ในนักศึกษาอาชีวชายพบระดับความสัมพันธ์น้อยกว่า (AOR=3.35, 95% CI:1.012-2.535)¹³

ความเครียดมีผลต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR 3.16, 95% CI=1.36-7.33) ความสัมพันธ์นี้ สามารถอธิบายว่า วัยรุ่นใช้แอลกอฮอล์เป็นกลไกการรับมือกับอารมณ์ด้านลบ การรักษาตนเอง และการลดความตึงเครียด โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงมีความอ่อนไหวต่อการใช้แอลกอฮอล์เป็นกลไกการรับมือมากกว่าผู้ชาย และมีความอ่อนไหวทางระบบประสาทชีววิทยาต่อปัญหาภายในจิตใจมากกว่า²⁹ ที่มีหลายการศึกษายืนยันว่า เพศหญิงที่มีพฤติกรรมดื่มแบบหนักมีความสัมพันธ์กับปัญหาภายในจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มากกว่าปัญหาการแสดงออกภายนอกแตกต่าง จากเพศชาย³⁰⁻³³ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาหญิงทันตแพทย์ในลอนดอน³⁴

การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ในการศึกษาเป็นการสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้า มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR 1.40, 95% CI=1.19-1.84) ความสัมพันธ์นี้ อธิบายได้จาก กลไกทางประสาทวิทยาในระบบ reward circuit ของสมอง โดยนิโคตินกระตุ้นการหลั่งโดปามีนใน mesolimbic reward pathway และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ neural plasticity ใน nucleus accumbens เมื่อใช้นิโคตินเป็นประจำ จะเกิดการปรับตัวทางประสาท ทำให้ต้องการสารกระตุ้นระบบให้รางวัลมากขึ้น นอกจากนี้ การใช้นิโคตินยังเพิ่มการไว (sensitization) ต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ gene expression ที่เกี่ยวข้องกับ addiction³⁵⁻³⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในประเทศไอร์แลนด์และสเปน^{14,37}

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีอิทธิพลต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR 1.14, 95% CI=1.07-1.32) กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ นั้นอธิบายได้ว่า กลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความเครียดหรือแรงกดดันจากการเรียน ขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้มีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีการดื่มสุรา สอดคล้องกับแนวคิดของ Flay และคณะ¹⁶ ที่กล่าวว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัวชี้วัดความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการดื่มสุรา

สอดคล้องกับการศึกษาของ Pascarella และคณะ³⁸ พบว่า นักศึกษาหนึ่งในห้าที่มีผลการเรียนไม่ดีและเกือบ 30% ขาดเรียนเนื่องจากดื่มแอลกอฮอล์ โดยนักเรียนหญิงที่ดื่มแบบหนักมีแนวโน้มขาดเรียนเนื่องจากอาการเมาค้าง และการศึกษาของ Páramo และคณะ³⁷ ที่ติดตามนักศึกษาในสเปน 2 ปี พบว่า การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในปีแรก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการเรียนที่ย่ำแย่ และการปรับตัวที่ไม่ดี และการศึกษาในประเทศไทย¹¹

ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติ พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวมีอิทธิพลต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราว (AOR 3.10, 95% CI=1.43-6.68) เป็นความสัมพันธ์ระดับสูงพอ ๆ กับปัจจัยด้านความเครียด ผลนี้อาจเนื่องจากวัยรุ่นหญิงปัจจุบันรับรู้ว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติในสังคม มีความเชื่อว่าการดื่มช่วยเพิ่มความมั่นใจและเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางเพศในสังคมสมัยใหม่ การลดการตีตราทางสังคมต่อผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ อิทธิพลจากสื่อและการโฆษณาที่นำเสนอภาพลักษณ์การดื่มในแง่บวก รวมทั้งทัศนคติต่อความเสี่ยงที่ประเมินความเสี่ยงจากการดื่มต่ำกว่าความเป็นจริง และเชื่อว่าสามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ จึงทำให้ผู้หญิงที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มมีแนวโน้มดื่มหนักเป็นครั้งคราวสูง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dempster และคณะ³⁹ ที่พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด เช่นเดียวกับผลการศึกษาในนักเรียนอาชีวชาย¹³ แต่ระดับความสัมพันธ์ในเพศชายพบน้อยกว่า ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาชายที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงมากกว่านักเรียนที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยถึง 2 เท่า (AOR=1.95, 95% CI:1.04-3.68)

ปัจจัยระหว่างบุคคลและสังคม พบว่า การดื่มสุราของเพื่อนสนิท (AOR=1.66, 95% CI=1.70-3.94) และบุคคลในครอบครัว (AOR=1.14, 95% CI=1.06-1.29) มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราหนักเป็นครั้งคราว ในนักศึกษาหญิงความสัมพันธ์นี้เกิดจากกลไกด้านสังคม (socialization) เนื่องจากวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและต้องการพิสูจน์ว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ¹⁴ ที่พบวัยรุ่นอายุ 15-16 ปีที่มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์มีรายงานการดื่มสุราแบบหนักถึง 4 เท่า (AOR=4.18, 95% CI: 3.35-5.31) และการศึกษาของ Chen และคณะ²⁸ ที่พบนักศึกษาที่มีบรรทัดฐานเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนในระดับสูง มีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าในประเทศไทย¹³ พบนักเรียนชายที่มีเพื่อนดื่มมีโอกาสเสี่ยง ประมาณ 2 เท่า (AOR=3.54, 95% CI: 1.41-8.91)

ด้านอิทธิพลการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว อธิบายว่า ในช่วงวัยรุ่นเด็กสาวมีความเปราะบางต่ออิทธิพลจากครอบครัว ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เนื่องจากความสัมพันธ์ในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทัศนคติพฤติกรรม และการรับรู้ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในหมู่เด็กสาววัยรุ่น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การดูแลอย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่ รวมทั้งการสื่อสารในครอบครัวอย่างเปิดเผยและสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยป้องกันการใช้อัลกอฮอล์และสารเสพติดในช่วงวัยรุ่น⁴⁰ สอดคล้องกับการศึกษา Kelly และคณะ¹⁴ ที่พบการดื่มสุราของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดื่มหนักในวัยรุ่นถึง 2 เท่า (AOR=2.09, 95% CI:2.01-2.84) และการศึกษา ในประเทศไทยของ Suwanwong และคณะ¹⁵ ที่พบการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดื่มของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย เป็น 2 เท่า (AOR=2.09, 95% CI:1.16-3.78)

สรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับตาม Triadic influence theory โดยปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลสูงสุด ตามด้วยปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมป้องกัน

ควรเป็นแบบองค์รวมที่เจาะจงทั้งสามระดับปัจจัย โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ การจัดการความเครียด การเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางสังคม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวในนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ควรมุ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยป้องกันและการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างครอบคลุม สถานศึกษาควรจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะการปฏิเสธและความมั่นใจในตนเองผ่าน กิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เช่น การฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง และการจัดการแรงกดดันจากสังคม พร้อมกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติผ่านการใช้ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์และการส่งเสริมค่านิยมการใช้ชีวิตที่ไม่พึ่งพาแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ควรมีการเสริมสร้างการสนับสนุนจากระบบสังคม โดยควรฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสื่อสารกับวัยรุ่นและการสร้างกฎระเบียบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งสร้างอิทธิพลเชิงบวกจากกลุ่มเพื่อน ผ่านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมเครือข่ายเพื่อนที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีและระบบเพื่อนช่วยเพื่อน ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง สถานศึกษาควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย สำหรับการจัดการความเครียด พัฒนาระบบติดตามช่วยเหลือเหล่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ และสร้างระบบคัดกรองเฝ้าระวังการใช้สารเสพติด ทั้งนี้ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา ครอบครัว และชุมชนจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

References

1. Pantiel T. Binge drinking [Internet]. [n.p.]: Addiction Center;2023 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.addictioncenter.com/alcohol/binge-drinking/>
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO;2018 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://shorturl.asia/vTiyM>
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding binge drinking [Internet]. Bethesda (MD): NIAAA;2024 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>
4. Center for Alcohol Studies. Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population: current drinking situation, places of purchase and consumption, economic status of drinkers, and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic [Internet]. Bangkok: Center for Alcohol Studies;2022 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/05/FF-chapter-1-For-Print.pdf> (in Thai)
5. National Statistical Office. The health behavior survey of the population B.E. 2021 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office;2021 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/สถิติบุหรื%202564.pdf> (in Thai)
6. Center for Alcohol Studies. Report on alcohol beverage consumption by province, 2021 [Internet]. Bangkok: Center for Alcohol Studies;2021 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://cas.or.th/?p=8854> (in Thai)

7. Nontharak J, McNell E. Alcohol-related impacts in 2021. In: Atsanangkornchai S, Saengam D, editors. Annual report on alcohol consumption in Thai society, B.E. 2021. Songkhla: Center for Alcohol Studies, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University;2022. (in Thai)
8. Waleewong O, Thammarangsri T, Chankotkaew J. Harm to others from alcohol consumption: concept, situation, and knowledge gap in Thailand. *J Health Syst Res* 2014;8(2):111–9. (in Thai)
9. Mental Health Foundation. Alcohol and mental health [Internet]. [n.p.]: Mental Health Foundation;2020 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/alcohol-and-mental-health>
10. Tanaree A, Wijitkunakorn P. Alcohol consumption situation and alcohol risk index of provinces in Thailand: survey data 2017. *J Health Syst Res* 2019;13(4):353–67. (in Thai)
11. Thonpholkrang R, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors associated with occasional heavy drinking among male vocational students in Surin Province. *J Public Health Nurs* 2015;29(1):29–42. (in Thai)
12. Piyapun V, Srisuriyawet R, Homsin P. Predictive factors of risky alcohol drinking intention among male vocational students in Chainat Province. *Burapha Nurs J* 2016;24(2):85–96. (in Thai)
13. Phimathai C, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors associated with risky alcohol drinking among male vocational students in Sisaket Province. *Thai Red Cross Nurs J* 2021;14(1):170–84. (in Thai)
14. Kelly C, Major E, Durcan M, O'Donovan D, McNamara Á. Adolescent binge drinking in the West of Ireland: associated risk and protective factors. *BMC Public Health* 2023;23(1):1–12.
15. Suwanwong S, Dutsadeetoonsiri C, Srisuriyawet R. Factors associated with alcohol consumption among upper secondary female students in Chonburi Province. *Thai Pharm Health Sci J* 2021;16(4):332–8. (in Thai)
16. Flay BR, Petraitis J, Hu FB. The theory of triadic influence: preliminary evidence related to alcohol and tobacco use. In: Fertig JB, Allen JP, editors. Alcohol and tobacco: from basic science to clinical practice. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 1995. p. 37–56.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607–10.
18. Kuha P. Factors associated with alcohol consumption among female university students in Chiang Mai Province [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai)

19. Young RM, Hasking PA, Oei TP, Loveday W. Validation of the drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised in an adolescent sample (DRSEQ-RA). *Addict Behav* 2007;32(4):862–8.
20. Hemachayart A, Yodnil S. Factors associated with alcohol consumption among upper secondary female students in Khao Khitchakut District, Chanthaburi Province. *J Educ Soc Dev Burapha Univ* 2014;8(1):115–28. (in Thai)
21. Homsin P, Srisuriyawet R. Research report: beliefs, drinking patterns, and predictors of alcohol consumption among Thai youth in the Eastern Region. Bangkok: National Research Council of Thailand;2010. (in Thai)
22. Thammaput T. Attitudes and peer influence on alcohol drinking behavior among secondary school students in Chonburi Province [dissertation]. Chonburi: Faculty of Education, Burapha University;2020. (in Thai)
23. Department of Mental Health. Stress test (ST5) [internet]. [n.p.]: Department of Mental Health;2021 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18> (in Thai)
24. National Institutes of Health. Title of the page or article in italics [Internet]. [n.p.]: National Institutes of Health;2023 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.example.com>
25. Bhandari S. What to know about alcohol and mental health [Internet]. [n.p.]: WebMD;2023 May 15 [updated 2023; cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://shorturl.asia/5EFBR>
26. Bandura A, Freeman WH, Lightsey R. Self-efficacy: the exercise of control. *J Cogn Psychother* 1999;13(2):158–66.
27. Sanga C. Locus of control vis-à-vis self-efficacy. *Int J Engl Educ* 2019;8(2):2278–4012.
28. Chen J, Li Y, Zhang Y, Feng J, Jia L. Descriptive peer drinking norms and binge drinking: enhancement motives as a mediator and alcohol resistance self-efficacy as a moderator. *Front Psychol* 2022;13:876274.
29. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4(5):231–44.
30. Homman LE, Edwards AC, Cho SB, Dick DM, Kendler KS. Gender and direction of effect of alcohol problems and internalizing symptoms in a longitudinal sample of college students. *Subst Use Misuse* 2017;52(4):429–38.
31. Husson AM, Ennett ST, Cox MJ, Haroon M. A systematic review of the unique prospective association of negative affect symptoms and adolescent substance use controlling for externalizing symptoms. *Psychol Addict Behav* 2017;31(2):137.

32. Valente J, Pietrobon T, Mihic J, Caetano S, Mari J, Sanchez ZM. Externalizing and internalizing problems as predictors of alcohol-related harm and binge drinking in early adolescence: the role of gender. *J Affect Disord* 2023;327:167–74.
33. Danzo S, Connell AM, Stormshak E. Pathways between alcohol use and internalizing symptoms across emerging adulthood: Examination of gender differences in interpersonal and intrapersonal processes. *Emerg Adulthood* 2021;9(4):347–59.
34. Hartley DE, Elsabagh S, File SE. Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacol Biochem Behav* 2004;78(3):611–9.
35. Collins SE, Carey KB. The theory of planned behavior as a model of heavy episodic drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2007;21(4):498–507.
36. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO;2019 [updated 2019; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
37. Páramo MF, Cadaveira F, Rodríguez MS. A 2-year follow-up of the effects of combined binge drinking and cannabis consumption on academic performance and adjustment in Spanish third-year university students. *Front Psychol* 2023;14:1223597.
38. Pascarella ET, Goodman KM, Seifert TA, Tagliapietra-Nicoli G, Park S, Whitt EJ. College student binge drinking and academic achievement: a longitudinal replication and extension. *J Coll Stud Dev* 2007;48(6):715–27.
39. Dempster M, Newell G, Marley J. Explaining binge drinking among adolescent males using the theory of planned behaviour. *Ir J Psychol* 2005;26(1–2):17–24.
40. Göven BA. A framework for understanding the alcohol and substance use among girl adolescents: risks and interventions. *Adv Womens Stud* 2024;6(1):28–37.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

ขวัญหทัย เรียงไธสง พย.บ.* บุษบา สมใจวงศ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั่วโลก แม้การปลูกถ่ายไตจะเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในระยะยาว แต่ผู้ป่วยยังเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต และ 3) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกหลังปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 125 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบประเมินการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบประเมินการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.83 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย หาความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=19.19$, $SD=1.76$) การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.60$, $p<.001$ และ $r=.54$, $p<.001$ ตามลำดับ) แต่ระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไตไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($r=.03$, $p=.76$) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต ได้แก่ การจัดการตนเอง ($\beta=.45$, $p<.001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.32$, $p<.001$) ซึ่งสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 44.2 ($R^2=.442$, $p<.001$) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงควรมีกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE 661588 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 13 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 16 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

Predictors of quality of life among kidney transplant recipients

Kwanhathai Reangthaisong B.N.S.* Busaba Somjaivong Ph.D.**

Abstract

Chronic kidney disease is a major global public health problem with increasing mortality rates worldwide. Although kidney transplantation is the most appropriate long-term treatment, patients still face physical and psychological complications that affect their quality of life. Therefore, investigating the factors associated with quality of life is essential for developing more comprehensive and effective approaches to patient care guidelines.

This predictive correlation research aimed to 1) examine the quality of life among kidney transplant recipients, 2) investigate the relationships between post-transplant time, self-management, social support, and quality of life of patients after kidney transplantation, and 3) identify predictors of quality of life of patients after kidney transplantation. The sample consisted of 125 kidney transplant recipients who were followed up at the kidney transplant clinic, Srinagarind Hospital. Data were collected between March and April 2024. The research instruments included a demographic data questionnaire, a kidney transplant patient quality of life questionnaire, a self-management assessment scale, and a social support questionnaire. Reliability test revealed that Cronbach's alpha coefficients of the kidney transplant patient quality of life questionnaire, the self-management assessment scale, and the social support questionnaire were 0.91, 0.83, and 0.93, respectively. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. The relationships between variables were determined using Pearson correlation. Predictive factors were analyzed using stepwise forward logistic regression.

The results indicated that the quality of life among kidney transplant patients was generally high (mean=19.19, SD=1.76). Self-management and social support were significantly positively correlated with quality of life ($r=.60$, $p<.001$; $r=.54$, $p<.001$, respectively). However, post-transplant duration was not statistically correlated with quality of life ($r=.03$, $p=.76$). Factors that could predict the quality of life of kidney transplant patients were self-management ($\beta=.45$, $p<.001$) and social support ($\beta=.32$, $p<.001$), which together could predict 44.2% of the variances in quality of life ($R^2=.442$, $p<.001$). Therefore, nursing interventions should focus on enhancing self-management and social support to improve the quality of life among kidney transplant recipients.

keywords: self-management; social support; quality of life; kidney transplant recipients

Ethical approval: HE 661588, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 13 August 2024, Revised 7 May 2025, Accepted 16 October 2025

*A student of master of nursing science in adult and gerontological nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากสถิติใน ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากถึง 1.4 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก ค.ศ. 2010¹ สำหรับประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 14.24 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2559 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2563² การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในระยะยาว เนื่องจากช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่น³

แม้ว่าการปลูกถ่ายไตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังคงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น การปฏิเสธไต⁴ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกัน^{3,5} และวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานของไต นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ⁶

การดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตไม่เพียงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่ยังต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย Ferrans และ Powers⁷ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในมิติต่าง ๆ ของชีวิตที่สำคัญต่อบุคคล โดยประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว จากการทบทวนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน โดยมีทั้งระดับปานกลาง⁶⁻⁸ และระดับดี⁹⁻¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ครบถ้วน นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ¹³ ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคร่วม ประสิทธิภาพการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย¹³ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ¹¹ ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ระยะเวลาภายหลังการปลูกถ่ายไต¹⁴ ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง เช่น การจัดการตนเอง¹² และปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่มีทั้งที่สอดคล้อง¹⁰⁻¹⁴ และแตกต่างกัน^{9,15-16} จึงยังไม่สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตได้

ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ให้บริการการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนทางคลินิกและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต จึงไม่เพียงมุ่งเน้นที่การรักษาชีวิต แต่ยังต้องคำนึงถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต ได้แก่ ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต
2. ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans¹⁷ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological/spiritual) 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social economic) และ 4) ด้านครอบครัว (family) ซึ่งเชื่อมโยงกับปัจจัยที่ศึกษา เช่น ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตมีผลต่อการรับรู้สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย การจัดการตนเองมีผลต่อการรับรู้สุขภาพและด้านจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงด้านครอบครัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไต 2) ปัจจัยด้านการจัดการตนเอง เนื่องจากการปลูกถ่ายไตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนและผลจากการรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้ตามแบบแผนสุขภาพ ดังนั้น การจัดการตนเองเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลกระทบจากการปลูกถ่ายไตและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และ 3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว บุคคลคนรอบข้างและทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวที่กล่าวมา อาจส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบทำนาย (predictive correlation research) โดยมีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังการปลูกถ่ายไต ที่เข้ารับติดตามรักษาที่คลินิกหลังปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกดังกล่าว ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป แบบไม่จำกัดเพศ 2) ได้รับการปลูกถ่ายไตมานานกว่า 3 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคจิตเวช 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต เช่น ไตวายเฉียบพลันหลังปลูกถ่ายไต หรือมีภาวะที่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้โปรแกรม G*power analysis เวอร์ชัน 3.1.9.7 สำหรับสถิติสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.95 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในการพิจารณาขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากงานวิจัยของ Noppakun และคณะ¹² ที่ศึกษาปัจจัยที่อธิบายคุณภาพชีวิตในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งพบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยมีค่า R^2 เท่ากับ 0.33 อย่างไรก็ตาม เมื่อนำค่าดังกล่าวไปคำนวณในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียง 48 ราย ซึ่งถือว่าน้อยเกินไป ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรบางส่วนที่แตกต่างจากการศึกษาอ้างอิง ดังนั้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและควบคุมความคลาดเคลื่อนให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้

ขนาดอิทธิพลระดับกลางตามเกณฑ์ของ Cohen ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.15 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 ราย และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมามีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 95¹¹ เพื่อให้มั่นใจว่า จะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ จึงได้ปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจสูญหาย ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 125 ราย

เครื่องมือการวิจัย

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต โรคประจำตัว และยาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (quality of life index kidney transplant version - III) พัฒนาโดย Ferrans และ Powers¹⁸ ที่มาจาก The University of Illinois at Chicago และแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัฐนา รักษาเคน⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 35 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบหลัก ใช้มาตราประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีการแปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ
3. แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากงานวิจัยของสุพิชา อาจคิดการ และคณะ¹⁹ และทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 35 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้านหลัก ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนรวม
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย²⁰ ที่มาจาก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้านหลัก ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการจำแนกระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้นั้น ได้รับการทดสอบและใช้งานในบริบทไทยอยู่แล้ว จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพิ่มเติม แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต ได้ดัดแปลงข้อคำถามบางข้อเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index for scale: S-CVI) ได้เท่ากับ 0.9
2. ความเที่ยง (reliability) การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยการทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบสอบถามการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.91, 0.83 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหน่วยไตและไตเทียม แพทย์ผู้ดูแล พยาบาลประจำคลินิก หลังปลูกถ่ายไต และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พยาบาลประจำคลินิกหลัง

ปลุกถ่ายไต จะแนะนำผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรู้จัก หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลทันที เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อผิดพลาดก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อตรวจสอบความสม่ำเสมอและความถูกต้องของข้อมูลเบื้องต้น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อระบุระดับของความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลแจกแจงปกติ เป็นอิสระต่อกัน ไม่เกิด autocorrelation ไม่มี multicollinearity เป็นไปตามเงื่อนไขกำหนด นำมาใช้ในการตรวจสอบตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการปลูกถ่ายไต

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE 661588 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.6) และมีอายุเฉลี่ย 48.29 ปี (SD=11.29) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 37.6) มีสถานะภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 77.6) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.. (ร้อยละ 41.6) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 38.4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 34.4) และรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 64.0) ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 48.8) ส่วนใหญ่รักษาโดยการฟอกเลือดก่อนปลูกถ่ายไต (ร้อยละ 86.4) และมีระยะเวลาการปลูกถ่ายไตอยู่ระหว่าง 13-60 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 35.2) โดยค่าเฉลี่ยระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไตอยู่ที่ 71.36 เดือน (SD=45.41) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 64.8) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.4)

2. คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =19.19, SD=1.76) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{x}$ =19.66, SD=2.14) และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\bar{x}$ =19.70, SD=3.69) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($\bar{x}$ =18.12, SD=1.89) และด้านครอบครัว ($\bar{x}$ =18.93, SD=2.04) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต (n=125)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	19.66	2.14	12.47	24.63	สูง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	18.12	1.89	13.38	22.13	ปานกลาง

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต (n=125) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	19.70	3.69	9.64	26.43	สูง
ด้านครอบครัว	18.93	2.04	14.10	18.93	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	19.19	1.76	14.36	22.74	สูง

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (pearson's product moment correlation) ผลการวิเคราะห์ พบว่า การจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.60$, $p<.001$ และ $r=.54$, $p<.001$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญ .001 ($r=.03$, $p=.76$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต การจัดการตนเอง และ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต (n=125)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไต	1			
2. การจัดการตนเอง	-.13	1		
3. การสนับสนุนทางสังคม	.04	.49**	1	
4. คุณภาพชีวิต	.03	.60**	.54**	1

** $p<.001$

4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต พบว่า การจัดการตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุด ($\beta=.45$, $p<.001$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.32$, $p<.001$) ซึ่งทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีอำนาจการทำนายรวม ร้อยละ 44.2 ($R^2=.442$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต (n=125)

ตัวแปร	b	Std. Err	β	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	8.38	1.11	-	7.53	<.001
การจัดการตนเอง	.05	.01	.45	5.77	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.07	.02	.32	4.16	<.001

$R=.665$, $R^2=.442$, adjusted $R^2=.432$, F change=17.31, $p<.001$

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตส่วนใหญ่ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง²¹ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด โดยข้อมูลดังกล่าว มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Noppakun และคณะ¹² จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.. มากที่สุด และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คล้ายกับการศึกษาของจิตานันท์ กระสัน และคณะ¹⁶ และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปลูกถ่ายไตอยู่ระหว่าง 13-60 เดือนมากที่สุด ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไต เท่ากับ 71.36 เดือน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Zhao และคณะ²² และมีโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะไตวายเรื้อรัง¹³ และผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกัน⁵

การศึกษครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเอง โดยสามารถแยกอภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิตในด้านนี้ อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไตใหม่ที่ทำงานได้ดี ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ismael และ Rashid²³ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการปลูกถ่ายไต นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีแนวโน้มฟื้นตัวเร็วและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาของ Kumar และคณะ¹⁴ ยังชี้ว่า เพศชายมีระดับการออกกำลังกายที่มากกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อีกทั้งระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง และแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang และคณะ²⁴ ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงส่งผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความทุกข์ทรมานและความกลัว การสูญเสียชีวิตที่เคยเผชิญก่อนการปลูกถ่ายไต สอดคล้องกับการศึกษาของวิลัยลักษณ์ บุญวิฑูริยาลิขิต²⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สภาพจิตใจดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะในการคิดและตัดสินใจ ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ดี อีกทั้งส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งได้รับความรักและกำลังใจจากคู่สมรส ส่งผลให้รู้สึกมีที่พึ่งพิงและความหวังในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Azar และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่โสด

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตในด้านนี้ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและมีรายได้เฉลี่ย 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ นอกจากนี้ การใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา วิชัยศักดิ์¹⁰ ที่พบว่า เศรษฐฐานะและความเพียงพอของรายได้ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ การมีสถานภาพสมรสคู่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่และการสนับสนุนจากคู่สมรสทั้งด้านการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของจิตานันท์ กระสัน¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r=.03$, $p=.76$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและการดูแลตนเองได้ดีหลังการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่ว่าระยะเวลาหลังการปลูกถ่ายไตจะนานเพียงใด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵

5. การจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไต ($r=.60$, $p<.001$) และ ($r=.54$, $p<.001$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า การมีการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่จำเป็นจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายช่องทาง เช่น สื่อโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต^{12,15}

6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังปลูกถ่ายไตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Noppakun และคณะ¹² รวมถึงการศึกษาของวนิดา วิชัยศักดิ์¹⁰ ที่พบว่า การจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการสนับสนุนผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต โดยเน้นที่การเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง และการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

References

1. Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South Asia: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021;16(10):e0258494.
2. Ministry of Public Health. Epidemiology and review of prevention measures for chronic kidney disease [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2025 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf> (in Thai)
3. Thai Transplantation Society. Annual organ transplantation data report for 2022 [Internet]. Bangkok: Thai Transplantation Society;2023 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.transplantthai.org/data/annual_report/13/Registry%202022%20

20English%20version.pdf (in Thai)

4. Nuttasith L, Cheungpasitporn W. Global perspective on kidney transplantation: Thailand. *Kidney360* 2021;2(10):1663-5.
5. Voora S, Adey DB. Management of kidney transplant recipients by general nephrologists: Core curriculum 2019. *Am J Kidney Dis* 2019;73(6):866-79.
6. Raksaken N. Relationship between sense of coherence and quality of life among kidney transplant recipients. Khon Kaen: Khon Kaen University;2017. (in Thai)
7. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health* 1992;15(1):29-38.
8. Mallick NK, Hassan A, Bhatti RSS, Rafique D, Jaffery AR, Sharif I, et al. Quality of life of post-renal transplant patients in Rawalpindi. *Cureus* 2022;14(12):e32786.
9. Megawati, Yetti K, Sukmarini L. The factors affecting the quality of life of kidney transplantation patients at the Cipto Mangunkusumo General Hospital in Jakarta, Indonesia. *Enfermería Clínica* 2019;29:428-33.
10. Wichaisak W, Lueboonthavatchai PAY. Comparative study of quality of life between end-stage renal disease patients treated with dialysis and those treated with kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2018;62(1): 91-105. (in Thai)
11. Hwang Y, Kim M, Min K. Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in Korea. *PLoS One* 2021;16(3 March):1-13.
12. Noppakun L, Wonghongkul T, Pothiban L, Vuttanon N. Factors explaining quality of life in people with kidney transplant: a cross-sectional study. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2022;26(2):198-211.
13. Mouelhi Y, Jouve E, Alessandrini M, Pedinielli N, Moal V, Meurette A, et al. Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in France. *BMC Nephrol* 2018;19(1):1-12.
14. Kumar TGS, Soundararajan P, Maiya GA, Ravi A. Physical activity and quality of life after renal transplantation. *Online J Heal Allied Sci* 2018;17(4):4-7.
15. El Rasheed AH, Khedr E, Naguib R, Eid M, Elkholy H, Rabie S. Quality of life in a sample of Egyptian renal transplant recipients. *Middle East Curr Psychiatry* 2020;27(1):1-10.
16. Krasan C, Tipayamongkhogul M, Suwannapong N. Clinical factors, social support, treatment satisfaction, and quality of life among renal transplant recipients. *Thai J Health Educ* 2020;43(2):179-90. (in Thai)
17. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract* 1996;10(3):293-304.
18. Ferrans CE, Powers MJ. Ferrans and powers quality of life index (QLI). 1998. [internet]. [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://qli.uic.edu/>

19. Ardkhitkarn S, Pothiban L. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nurs J (Manila)* 2013;40:22-32. (in Thai)
20. Lueboonthavatchai PLO. Quality of life, health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai* 2006;89(3):13-9. (in Thai)
21. Azar FEF, Solhi M, Soola AH, Amani F. Quality of life and its related factors in kidney transplant recipients. *Amaz Investig* 2019;8(21):449–59.
22. Zhao SM, Dong FF, Qiu HZ, Li D. Quality of life, adherence behavior, and social support among renal transplant recipients in China: a descriptive correlational study. *Transplant Proc* 2018;50(10):3329-37.
23. Ismael NH, Rashid AO. Alteration in quality of life after kidney transplantation. *Indian J Public Heal Res Dev* 2019;10(10):989-93.
24. Hwang Y, Kim M, Min K. Factors associated with health-related quality of life in kidney transplant recipients in Korea. *PLoS One* 2021;16(3 March):1-14.
25. Boonwitthayalikhit W. Life experiences of chronic kidney disease patients who received kidney transplantation. Bangkok: Mahidol University;2017. (in Thai)

การรับรู้และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี

สุกิจ ทองพิลา ปร.ด.* เกตุณรินทร์ บุญคล้าย พย.ม.**

กิติพงษ์ พินิจพันธ์ พย.ม.* อนุสร การเกษ พย.ม.*** วรรณชาติ ตาเลิศ พย.ม.****

กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ พย.ม.**** พรสุตารัตน์ สมจิตร ส.บ.***** ฌาณิยา ยมดิษฐ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (HPV) ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV แต่อัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีนในหลายประเทศยังคงอยู่ในระดับต่ำจากหลายปัจจัยรวมถึงการรับรู้ของผู้ปกครอง ทศนคติ และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี จำนวน 442 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) การรับรู้การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และ 3) พฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี 1) ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ จำนวนเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ในการดูแล อาชีพ และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตัวแปรทั้งสามสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 24.70 โดยการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($\beta=.466, p=.001$) มีผลกระทบต่พฤติกรรมมากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสม สำหรับผู้ปกครองในอาชีพที่มีข้อจำกัดด้านเวลา ตลอดจนการกำหนดนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกฟรี เพื่อเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี

คำสำคัญ: การรับรู้ พฤติกรรมการฉีดวัคซีน มะเร็งปากมดลูก ไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา

เลขที่จริยธรรมการวิจัย SPPH 2024-078 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 18 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2568

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล ketnarin@bcnnv.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ

****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ

Perceptions and predictive factors of human papillomavirus vaccination behavior among parents of children aged 9–12 year

Sukit Thongpila Ph.D.* Ketnarin Bunklai M.N.S.**

Gitipong Pinichpan M.N.S.* Anusorn Karaket M.N.S.*** Wannachart Talerd M.N.S.****

Kannika Phetcharak M.N.S.**** Pronsudarut Somjit B.P.H.***** Chaniya Yomdith B.N.S.*

Abstract

Cervical cancer is a significant global public health problem, primarily caused by Human Papillomavirus (HPV) infection, which can be prevented through HPV vaccination. However, vaccination coverage rates in many countries remain low due to various factors, including parental awareness, attitudes, and socioeconomic factors.

This study aimed to examine the perceptions and predictive factors of human papillomavirus (HPV) vaccination behavior among parents of children aged 9–12 years in Rasi Salai District, Sisaket Province, Thailand. A total of 442 parents of children aged 9–12 years were recruited through purposive sampling. The research instrument was a structured questionnaire divided into three sections: (1) demographic characteristics, (2) perceptions of HPV vaccination, and (3) HPV vaccination behavior. Descriptive statistics and multiple regression analysis were utilized for data analysis.

The results indicated that parents of children aged 9–12 years: 1) the majority had a high level of awareness regarding HPV vaccination; and 2) key predictors of parental HPV vaccination behavior included the number of children aged 9–12 years under their care, occupation, and perceptions of HPV vaccination. Together, these three variables accounted for 24.70 % of the variance in vaccination behavior, with perception of HPV vaccination emerging as the most significant predictor ($\beta=0.466$, $p<0.001$).

Recommendations from this research included developing diverse and easily accessible communication channels to increase accurate awareness about cervical cancer among parents of children aged 9–12 years. This should be combined with developing appropriate support for parents in occupations with time constraints, as well as establishing a free Human Papillomavirus (HPV) vaccination policy to increase the vaccination rate among parents of children aged 9–12 years.

keywords: perceptions; vaccination behavior; cervical cancer; human papillomavirus

Ethical approval: SPPH 2024-078, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 18 March 2025, Revised 30 May 2025, Accepted 17 October 2025

*Instructor nurse, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute

**Instructor nurse, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute, Corresponding author, E-mail: ketnarin@bcnnv.ac.th

***Registered nurse, Rasisalai Hospital, Sisaket Province

****Instructor nurse, Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute

*****Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Rasisalai Hospital, Sisaket Province

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human papillomavirus: HPV) ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันสายพันธุ์ของเชื้อ HPV ที่เป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก¹ สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกชนิดนี้ ร้อยละ 80.00 เกิดมาจากเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า เอชพีวี เชื้อไวรัสเอชพีวี สามารถติดต่อได้ง่ายและพบบ่อยที่สุด โดยสายพันธุ์ที่รุนแรงอันตราย คือ สายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุประมาณ ร้อยละ 70.00 ของมะเร็งปากมดลูกและเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต² องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International agency for research on cancer: IARC) ได้คาดการณ์ว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิด ปีละ 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิด ประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 13 ล้านคน โดยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.3 ล้านคน และยังพบว่า มะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³

ในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ.2567 ประมาณ 8,000 คนรายต่อปี อัตราการเสียชีวิตประมาณ 3,000 รายต่อปี นับว่าเกินกว่าครึ่งของคนที่เป็นมะเร็งปากมดลูก เสียชีวิตเพราะรักษาได้ไม่ทันเวลาที่ ส่งผลให้เสียชีวิตเนื่องจากความรุนแรงของโรค⁴ ในปัจจุบันพบว่า มีความหลากหลายทางเพศ ทำให้พบอัตราการติดเชื้อ HPV ในเพศชายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายรักชาย สอดคล้องกับรายงานผลอัตราความชุกของการติดเชื้อ HPV ในเพศชายทั่วโลก ในปี พ.ศ 2563-2567 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 20-47 โดยวัยรุ่นชาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 18-25 ปี มีอัตราการติดเชื้อสูงที่สุด ประมาณ ร้อยละ 30-50⁵ สำหรับในประเทศไทย ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน พบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV ในเพศชายไทย ประมาณร้อยละ 20-25 อายุระหว่าง 18-25 ปี มีประมาณร้อยละ 28-32⁶ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการติดเชื้อ HPV ในเพศชายย้อนหลัง 5 ปี ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าเพศชายมีแนวโน้มการติดเชื้อ HPV เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับวัคซีนในช่วงวัยเด็กก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ วัคซีนป้องกัน HPV ได้รับการรับรองว่า มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อจากสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) แนะนำให้เด็กหญิงและเด็กชาย อายุระหว่าง 9-12 ปี ได้รับวัคซีนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างภูมิคุ้มกันก่อนการสัมผัสเชื้อ⁷ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันได้ดีที่สุด แม้จะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่ยังคงพบว่า ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในหลายประเทศยังคงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย รวมถึงการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับวัคซีน ทศนคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในพฤติกรรมการณ์ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การตัดสินใจพาบุตรหลานไปรับวัคซีน

ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในเด็กอายุ 9-12 ปีของผู้ปกครอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ เพื่อเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนในประชากรกลุ่มนี้ ปัจจุบันวัคซีนมีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และโรค ที่เกี่ยวข้อง กับโรคนี้ ถ้าหากได้รับวัคซีนก่อนที่จะมีการติดเชื้อ เพื่อลดอัตราป่วย ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข จึงมีแนวคิดที่จะนำวัคซีนดังกล่าว มาฉีดให้กับเด็กที่มีอายุ 9-12 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า ดังนั้น เด็กที่มีอายุ 9-12 ปี ควรได้รับภูมิคุ้มกันหรือรับวัคซีน

ก่อนเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ก็จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อไวรัส HPV และการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้⁸ ประเทศไทยได้ดำเนินการบรรจุวัคซีน HPV เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (Expanded program on immunization: EPI) โดยเริ่มให้บริการฉีดวัคซีนแก่เด็กหญิง ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตาม จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงพบว่า อัตราความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในบางพื้นที่ยังอยู่ในระดับที่ไม่สม่ำเสมอและต่ำกว่าที่คาดหวัง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับวัคซีน รวมถึงปัจจัยบริบททางครอบครัวและสังคม⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยรายงานสอดคล้องกันว่า การรับรู้ของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการเข้ารับวัคซีนของบุตรหลาน โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กของเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 9-12 ปี ที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดอัตราการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก¹⁰⁻¹² ระบุว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค ความปลอดภัยของวัคซีน ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันโรค สอดคล้องแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (health belief model)¹³ ที่เชื่อว่าก่อนที่บุคคลใดจะยอมรับและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น จะต้องรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (severity) การรับรู้ประโยชน์ (benefits) และการรับรู้อุปสรรค (barriers) โดยมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ในการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครอง ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตราการได้รับวัคซีนของเด็กในช่วงอายุ 9-12 ปี การศึกษานี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทาง เพื่อให้ได้เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับครอบครัวและชุมชน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานเชิงนโยบายสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (health belief model)¹³ ที่เชื่อว่าก่อนที่บุคคลใดจะยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (severity) การรับรู้ประโยชน์ (benefits) และการรับรู้อุปสรรค (barriers) โดยมีปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล บุคคลในครอบครัวร่วมด้วยและนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ ในการศึกษารั้งนี้ โดยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็ก อายุระหว่าง 9-12 ปี ของผู้ปกครอง โดยแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง โดยผู้ปกครองรับรู้ว่าบุตรหลานของตน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกในอนาคต การรับรู้ความรุนแรง ผู้ปกครองตระหนักถึงผลกระทบรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ทั้งในแง่สุขภาพ

ชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุตรหลาน การรับรู้ประโยชน์ ผู้ปกครองเข้าใจว่า การฉีดวัคซีน HPV ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค เช่น ความกังวลเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ หรือข้อจำกัด ทางเวลา นำไปสู่พฤติกรรมพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็ก อายุระหว่าง 9-12 ปี ของผู้ปกครอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง ที่พาบุตรมารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ณ คลินิกงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนเมื่อไม่ทราบขนาดประชากร ด้วย โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 โดยการแทนค่าผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ กำหนดค่า effect Size=0.43 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha)=0.05 และค่า power=0.80 number of predictors=7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 442 คน ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. บิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง เด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ที่พาบุตรมารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ณ คลินิกงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
2. สัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ดี
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ที่อยู่ในการดูแล อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็กที่มีอายุระหว่าง 9-12 ปี ของผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹³ ประกอบด้วย 4 หัวข้อ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค จำนวนอย่างละ 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณ (rating scale) 5 ระดับ

การแปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ตามระดับคะแนนรวม 4-20 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 4-9 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับต่ำ 10-15 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง 16-20 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับสูง

การแปลผลการรับรู้โดยรวม ตามระดับคะแนนรวม 20-100 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 20-46 คะแนน หมายถึง การรับรู้โดยรวมในระดับต่ำ 47-73 คะแนน หมายถึง การรับรู้โดยรวมระดับปานกลาง 74-100 คะแนน หมายถึง การรับรู้โดยรวมระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็กที่มี อายุระหว่าง 9-12 ปี ของผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพพร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹³ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณ (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 10-50 คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมการฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็กอายุ ระหว่าง 9-12 ปี ของผู้ปกครอง ตามระดับคะแนนรวม 10-50 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 10-23 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับต่ำ 24-37 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง 35-50 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณเป็นดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (CVI) โดยค่า CVI เท่ากับ 0.86

2. การวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามภายหลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ที่นับได้ค่าเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยเอง ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม 2567 โดยได้รับความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกคลินิกงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม ในการประชาสัมพันธ์โครงการและแจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่สนใจ หากผู้รับบริการ ยินดีเข้าร่วม ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วม และการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเซ็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการประมวลผล กำหนดนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับ .05 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็ก อายุระหว่าง 9-12 ปีของผู้ปกครอง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวเด็ก จำนวนเด็กในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการฉีดวัคซีน ทั้งนี้ ได้ดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ในการวิเคราะห์การถดถอย มีรายละเอียดได้แก่ 1) ตัวแปรตามที่ทำนายศึกษาเป็นตัวแปรในระดับที่ศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม 2) ตัวแปรอิสระทุกตัว มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการฉีดวัคซีน 3) ตัวแปรอิสระที่ทำนายทำนายทุกตัว ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวไม่เกิน .70 4) ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin watson พบว่า ค่า Durbin watson เท่ากับ 1.638 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน เพื่อให้มั่นใจถึงความถูกต้องของผลการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-078 วันที่รับรอง 13 พฤษภาคม 2567-12 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน พร้อมทั้ง ระบุถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการทางการแพทย์ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลจะถูกจัดเก็บไว้ เป็นระยะเวลา 5 ปี ก่อนทำการทำลายทิ้ง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 442 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 381 คน (ร้อยละ 86.20) มีอายุเฉลี่ย 41.49 ปี (SD=10.92) สถานภาพสมรส 307 คน (ร้อยละ 69.50) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 173 คน (ร้อยละ 39.14) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 165 คน (ร้อยละ 37.30) มีรายได้เฉลี่ย 13,482.94 บาทต่อเดือน (SD=13,017.48) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท 128 คน (ร้อยละ 28.96) รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอหรือไม่มีเงินเก็บ 207 คน (ร้อยละ 46.83) สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสังคม 245 คน (ร้อยละ 55.40)

บทบาทในครอบครัวเป็นมารดาของเด็ก 319 คน (ร้อยละ 72.20) เด็กไม่มีโรคประจำตัว 433 คน (ร้อยละ 98.00) โดยส่วนใหญ่ดูแลเด็ก 1 คน (ร้อยละ 78.70) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=442)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	13.80
หญิง	381	86.20
อายุ		
20 – 29 ปี	35	7.91
30 – 39 ปี	204	46.15
40 – 49 ปี	117	26.47
50 – 59 ปี	49	11.08
60 ปีขึ้นไป	37	8.37
Max 71 ปี, Min 20 ปี, Mean = 41.49 (SD = 10.29)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	30	6.80
มารดา	319	72.20
อื่นๆ	93	21.00
โรคประจำตัวเด็ก		
มี	9	2.00
ไม่มี	433	98.00
จำนวนเด็กในการดูแล		
1	348	78.70
2	78	17.60
3	10	2.30
มากกว่า 3	6	1.40
Max 10 คน, Min 1 คน, Mean = 1.31 (SD = 0.88)		
สถานภาพสมรส		
โสด	48	10.86
สมรส	307	69.46
หม้าย /หย่าร้าง/แยกกันอยู่	87	19.68
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	94	21.27
มัธยมศึกษา	173	39.14
อนุปริญญา/ปวส.	45	10.18
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	130	29.41

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=442) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	65	14.70
พนักงานบริษัทเอกชน	45	10.20
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	165	37.30
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	2.50
รับราชการ/ข้าราชการเกษียณ	50	11.30
อื่นๆ	106	24.00
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	128	28.96
5,001-10,000 บาท	128	28.96
10,001-20,000 บาท	75	16.97
20,001-30,000 บาท	38	8.59
30,001-40,000 บาท	19	4.30
40,001-50,000 บาท	27	6.11
มากกว่า 50,000 บาท	27	6.11
max 150,000 บาท, min 0 บาท, mean=13,482.94 (SD=13,017.48)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ/เหลือเก็บ	110	24.89
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	207	46.83
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	85	19.23
ไม่เพียงพอ และเป็นหนี้	40	9.05
สิทธิการรักษา		
สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	63	14.30
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	74	16.70
สิทธิประกันสังคม	245	55.40
จ่ายค่ารักษาเอง/ประกันสุขภาพบุคคล	60	13.60

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้การฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกในผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี โดยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้การฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกในผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคอยู่ใน ระดับปานกลาง รายละเอียด ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี โดยรวมและรายด้าน (n=442)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.83	0.89	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	3.40	1.07	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์	3.88	0.84	สูง
การรับรู้อุปสรรค	3.62	0.94	ปานกลาง
การรับรู้โดยรวม	3.72	0.56	สูง

ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 3 ตัว จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 12 ตัว เข้าไปอยู่ในสมการทำนาย โดยมีลำดับของตัวแปรทำนายที่เข้าสมการ คือ การรับรู้การฉีดวัคซีนเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนมากที่สุด ($\beta=.466$, $p=.001$) รองลงมา ได้แก่ จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล ($\beta=.107$, $p=.011$) และอาชีพ ($\beta=-.087$, $p=.037$) แสดงว่า อาชีพบางประเภทอาจเป็นอุปสรรคหรือลดโอกาสในการพาเด็กไปฉีดวัคซีน เช่น อาชีพที่มีเวลาทำงานไม่ยืดหยุ่นหรือมีภาระงานสูง ส่วนตัวแปรอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนได้ โดยพบว่า จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล อาชีพ และการรับรู้การฉีดวัคซีนเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนได้ ร้อยละ 24.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.247$, $F=47.941$, $p=.001$) อธิบายผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีน โดยใช้ตัวแปรเชิงพหุคูณ 12 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1. F มีค่า 47.941 ($p=.001$) หมายถึง ตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว ร่วมกันทำนาย หรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการฉีดวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 99.00
2. $R^2=.247$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำนาย เท่ากับ ร้อยละ 24.70
3. พิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้การฉีดวัคซีนมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด รองลงมา คือ จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล และอาชีพตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise regression) กับพฤติกรรมการฉีดวัคซีน วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี (n=442)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล	1.318	.514	.107	2.561	.011
อาชีพ	-.548	.261	-.087	-2.097	.037
การรับรู้การฉีดวัคซีน	.903	.081	.466	11.195	.001
constant	38.502	3.218		11.965	.001

$R=.497$, adjusted $R^2=.247$, $S.E=9.49537$, $F=47.941$, ($p=.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1: เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.72, SD=0.56) เป็นไปตามแนวคิดความเชื่อและความมั่นใจวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจะช่วยลดอัตราการป่วย สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐาน

เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก HPV ในระดับที่น่าพอใจ เนื่องมาจากการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์และรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อำเภอราชสีห์ไศล ที่ประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในระดับหมู่บ้านและระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการกระจายข้อมูลข่าวสาร แผ่นพับข้อมูลวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอราชสีห์ไศล รวมถึงมีการอบรมครูในโรงเรียนเพื่อการแนะนำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประกอบกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในชุมชนที่พบว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งทุกชนิด ยังเป็นปัญหาสุขภาพและสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่ยังอยู่ในลำดับที่ 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁵ ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอราชสีห์ไศล ให้ความสนใจต่อข้อมูลวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มผู้ปกครองในพื้นที่อำเภอราชสีห์ไศล ส่วนใหญ่รู้จักกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่า อำเภอราชสีห์ไศล มีความต้องการรับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย 9-12 ปี มีแนวโน้มในการขอรับวัคซีนสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย¹⁰ พบว่า ผู้ปกครองที่มีการรับรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมักจะมีแนวโน้มในการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนมากขึ้น สอดคล้องกับการรายงานผลการศึกษา⁷ ของ CDC พบว่า การฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก (HPV) ควรฉีดตั้งแต่วัยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์และร่างกายอยู่ในวัยที่สร้างภูมิคุ้มกันได้ดีจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ในการป้องกันโรคมะเร็งที่เกิดไวรัส HPV ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งองคชาติ และมะเร็งลำคอ มากกว่าร้อยละ 90 หากเริ่มฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ในเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 9-12 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีที่สุด และยังสอดคล้องกับแนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ปีงบประมาณ 2568 ของคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ¹⁶ มีนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือวัคซีนเอชพีวี ในกลุ่มเสี่ยงในเด็กหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนซึ่งมีอยู่ประมาณ 4 แสนคนทั่วประเทศ โดยจะเริ่มฉีดในกลุ่มเสี่ยงวัคซีน ในเดือนสิงหาคม 2560 ที่จะฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6 เดือน ได้วางแผนดำเนินการให้เด็กได้วัคซีน เพื่อหวังผลป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในอีก 20-30 ปีข้างหน้า¹⁷ จึงส่งผลให้ผู้ปกครองมีการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) โดยรวมอยู่ในระดับสูงอย่างไรก็ตาม มีบางประเด็นที่ผู้ปกครองรับรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคซึ่งความเชื่อว่า เด็กชายไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน และโอกาสที่บุตรหลานจะติดเชื้อ HPV โดยการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน HPV ของผู้ปกครองมีแนวโน้มเป็นบวก แต่ยังมีความเข้าใจผิดบางประการเกี่ยวกับความจำเป็นในการฉีดวัคซีนให้เด็กชาย ซึ่งควรมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันและผลดีของวัคซีนในเด็กทุกเพศ และการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่ได้รับอาจมีความเชื่อมโยงกับการรับข้อมูลจากสื่อที่หลากหลาย รวมถึงการประชาสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ที่ 2: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฉีดวัคซีน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน ($\beta=.466, p=.001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹⁸ พบว่า การรับรู้ด้านประโยชน์และความปลอดภัยของวัคซีนมีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจของผู้ปกครอง สอดคล้องการศึกษา¹⁹ พบว่า พ่อแม่ในเด็กระดับประถมศึกษาที่มีรู้ดี เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสที่จะยอมรับการฉีดวัคซีนเอชพีวีมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำหรือไม่มีความรู้ถึง 16.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)¹³ กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) บุคคลจะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย การเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและ

การมีชีวิต ถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล ($\beta=.107, p=.011$) มีผลต่อการตัดสินใจ เนื่องจากครอบครัวที่มีเด็กหลายคนอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับ การศึกษาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม พบว่า ปัญหาความแตกต่าง ทางด้านสถานภาพของแต่ละบุคคล สถานภาพทางสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ²⁰ และอาชีพของผู้ปกครอง ($\beta=-.087, p=.037$) พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพบางประเภทอาจเป็นอุปสรรคหรือลดโอกาส มีแนวโน้มในการไม่พาเด็กไปฉีดวัคซีน โดยการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีน ดังนั้น การส่งเสริมข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับประโยชน์และความปลอดภัยของวัคซีน จะช่วยเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนได้ ซึ่งผู้ปกครองที่มีลูกหลายคนอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ควรมีมาตรการช่วยเหลือ เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่หรือฉีดวัคซีนในโรงเรียน และอาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีน ดังนั้น ควรมีนโยบายสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถพาบุตรหลานไปรับวัคซีนได้ง่ายขึ้น เช่น การจัดบริการฉีดวัคซีนในวันหยุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข ภาครัฐ และเอกชน สามารถใช้ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลการวางแผนนโยบายส่งเสริมการรับวัคซีน HPV สำหรับเด็กอายุ 9-12 ปี อย่างมีประสิทธิภาพ
2. โรงเรียนและสถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมวางแผนกลยุทธ์ในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปกครองเด็กเพื่อให้สามารถเข้าถึงวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ข้อมูลนี้ เพื่อสนับสนุนการฉีดวัคซีนในสถานศึกษา และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีน เช่น อิทธิพลของสื่อออนไลน์และบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์
2. ควรศึกษาความแตกต่างของการรับรู้และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน
3. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการรณรงค์วัคซีนว่ามีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการประสานงานกับชุมชนต่าง ๆ และขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 9-12 ปี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย

References

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Geneva: WHO;2022 [cited 2025 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
2. De Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer* 2017;141(4):664-70.
3. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. Geneva: WHO;2021 [cited 2025 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=ta>
4. World Health Organization. Thailand: human papillomavirus and related cancers, fact sheet 2023 [Internet]. Geneva: WHO;2023 [cited 2025 Jan 17]. Available from: https://hpcvcentre.net/statistics/reports/THA_FS.pdf
5. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Geneva: WHO;2024.
6. Smith J, Thongchai P, Chantharasak S. Prevalence of human papillomavirus infection in Thai males. *J Thai Med Assoc* 2024;108(3):234-40. (in Thai)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HPV vaccine recommendations [Internet]. [place unknown]: CDC; 2023 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine.html>
8. Nguyen TH, Hoang HT, Tran TT. Parental acceptance and barriers toward HPV vaccination for children: a systematic review. *Vaccine* 2021;39(35):4918-30.
9. Department of Disease Control. Report on the situation of HPV vaccination in Thailand, 2023 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2023 [cited 2024 Jan 17]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/2566_HPV_Report.pdf (in Thai)
10. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents: a systematic review of the literature. *JAMA Pediatric* 2014;168(1):76-82.
11. Newman PA, Logie CH, Lacombe-Duncan A, Baiden P, Tepjan S, Rubincam C, et al. Parents' uptake of human papillomavirus vaccines for their children: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open* 2018;8(4):e019206.
12. Janchai N, Kongsuriyanavin W. Economic impact on healthcare access for children in low-income families. *J Public Health Econ* 2024;14(1):45-60. (in Thai)
13. Becker MH. The health belief model and prediction of preventive health behavior. In: Stone GC, Cohen F, Adler NE, editors. *Health psychology: a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass;1977:p.97-121.
14. Rahman M, Laz TH, McGrath CJ, Berenson AB. Predictors of parental HPV vaccine acceptance among African-American and Hispanic parents: a comparative study. *J Racial Ethn Health Disparities* 2016;3(1):125-35.

15. Rasisalai Hospital. Medical record: cancer mortality rate. Statistical report. Sisaket: Secondary Hospital;2023. (in Thai)
16. National Vaccine Committee. Guidelines for HPV vaccination services, fiscal year 2025. Bangkok: Ministry of Public Health; 2025. (in Thai)
17. Angsuwatcharakorn P, Sriakra K. Guidelines for HPV vaccination services, fiscal year 2025. Nonthaburi: Department of Disease Control;2024. (in Thai)
18. Lee HY, Choi NJ, Choi Y, Choi SJ, Kim KB. Parental awareness and attitude toward HPV vaccination: the mediating role of intention to expose children to vaccine information. BMC Public Health 2022;22(1):168-78.
19. Mohd Sopian M, Shaaban J, Mohd Yusoff SS, Wan Mohamad WMZ. Knowledge, decision-making and acceptance of human papilloma virus vaccination among parents of primary school students in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2018;19(6):1509-14.
20. Wongatha M. Access to healthcare services in Thailand: reflections and inequalities among socially vulnerable groups. J Humanit Soc Sci Asia Pac Univ 2022;6(1):55–69. (in Thai)

**“กินได้ อยู่รอด” ประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชนิด Paclitaxel และ Carboplatin : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**

สุธารัตน์ สุขศรี พย.บ.* ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล ปร.ด.**
ฐาศุภกร จันประเสริฐ วท.ด.*** นุชธิดา สมัยสงฆ์ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

มะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในเพศหญิง การรักษามะเร็งรังไข่ด้วยยาเคมีบำบัดมักมีอาการข้างเคียงที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดแพคลิแทกเซลและคาร์โบพลาติน ที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก จนครบตามแผนการรักษา จำนวน 9 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม และวิเคราะห์ประเด็นที่ได้จากคำบอกเล่าประสบการณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์การบริโภคอาหารในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ 1) กินได้ เป็นความสามารถในการบริโภคอาหารได้จริง การเลือกและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ภายใต้อาการข้างเคียงของยา โดยเป็นการกินกันตาย กินให้เป็น และกินตามวิถี และ 2) อยู่รอด ซึ่งเป็นพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ทำให้ตนเองมีชีวิตรอดจากการเผชิญผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ด้วยการปรับตัวปรับใจ วางใจฝากกาย และอาหารจากบ้าน

ข้อค้นพบจากประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ กินได้ อยู่รอด จึงเสนอให้พัฒนาการดูแลโภชนาการที่สอดคล้องกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วย โดยเน้นความสามารถในการบริโภคอาหารภายใต้ภูมิหลังของแต่ละบุคคล จัดทำแนวทางการดูแลโภชนาการที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลไปถึงบ้านผ่านระบบสุขภาพชุมชน พัฒนาแนวทางการดูแลทางโภชนาการเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ควรวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล รวมถึงการศึกษาแบบรายกรณีให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและหลากหลาย เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลด้านโภชนาการ การบริโภค เคมีบำบัด ประสบการณ์ มะเร็งรังไข่

เลขที่จริยธรรมการวิจัย SWUEC-673075 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 16 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 20 ตุลาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล duangduan@gs.swu.ac.th

***รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**“*Kindai yoorod*” (eating to survive) Experiences of food consumption among ovarian cancer patients receiving Paclitaxel and Carboplatin
Chemotherapy : A phenomenological study**

Sutarat Sooksri B.N.S.* Duangduan Rattanamongkolgul Ph.D.**

Thasuk Junprasert Ph.D.*** Nuchthida Samaisong Ph.D.****

Abstract

Ovarian cancer is a common cancer among women. Chemotherapy for ovarian cancer often causes side effects that affect patients’ nutritional status. This phenomenological study aimed to explore the food consumption experiences of ovarian cancer patients who received Paclitaxel and Carboplatin chemotherapy at Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Nakhon Nayok Province, and had completed their treatment plan. Data was gathered from 9 participants through in-depth interviews, observation, and field notes. Thematic analysis was conducted based on their narratives and lived experiences.

The findings revealed that patients described their food consumption experiences during chemotherapy with the themes: 1) *Kindai* (ability to eat) referred to the actual ability to consume food effectively. This included selecting and eating foods appropriate to their body under the limitations caused by chemotherapy side effects. It encompassed survival-oriented eating, mindful eating, and culturally rooted eating. 2) *Yoorod* (Survival) reflected the dietary behaviors that enabled them to stay alive amidst the side effects of chemotherapy through physically adaptation, mental and emotional reliance, entrusting their bodies, and food from home.

The key finding from the food consumption experiences of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy is summarized as *Kindai Yoorod* (Eating to Survive) This suggests the need to develop nutritional care that aligns with patients’ real-life experiences, emphasizing their ability to consume food within the context of their individual backgrounds. Nutritional care guidelines should be designed to create continuity from hospital to home through community health systems. Practical and participatory approaches to nutritional care should be developed in collaboration with patients, families, and healthcare teams. In addition, there is a need to research and develop personalized nutritional supplement products appropriate for individual patient needs. Case studies are also recommended to gain deeper and more diverse insights for establishing more comprehensive care strategies.

keywords: nutritional care; consumption; chemotherapy; experience; ovarian cancer

Ethical approval: SWUEC -673075, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 16 June 2025, Revised 14 July 2025, Accepted 20 October 2025

*A student of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Corresponding author,
E-mail: duangduan@gs.wu.ac.th

***Associate professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

บทนำ

มะเร็งรังไข่ ปัจจุบันทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ¹ ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดมะเร็งรังไข่ ร้อยละ 4 ในมะเร็งเพศหญิง² แม้อัตราการเกิดจะไม่สูง แต่มีอัตราการตายสูงเนื่องจากมะเร็งรังไข่ไม่มักตรวจพบเมื่อโรครอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว³ การรักษาหลักของมะเร็งรังไข่ คือ การผ่าตัด และการให้ยาเคมีบำบัด ชนิดยาเคมีบำบัดหลักที่ใช้ คือ Paclitaxel และ Carboplatin⁴ ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแม้จะมีเป้าหมายเพื่อควบคุมโรค แต่กลับส่งผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน⁵ ส่งผลต่อความสามารถในการกิน เพราะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80⁶ ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา เช่น การปรับลดขนาดยา การเลื่อนเวลารับยา การเปลี่ยนชนิดยา รวมถึงการเปลี่ยนแผนการรักษา นอกจากนี้ ภาวะทุพโภชนาการยังมีผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ป่วยอาจมีอัตราการรอดชีวิตลดลง⁷ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะช่วงที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด คือ ความรอบรู้ด้านโภชนาการ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อของผู้ป่วยอีกด้วย⁸⁻⁹ ดังนั้น อาหารจึงไม่ใช่เพียงสิ่งที่หล่อเลี้ยงร่างกายให้มีชีวิต แต่ยังสะท้อนถึงความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ อีกด้วย

การจัดการปัญหาเรื่องการบริโภคอาหารในผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลเชิงบวกในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต¹⁰ ผู้ป่วยมะเร็งต้องการอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง ดังที่ European society for clinical nutrition and metabolism (ESPEN) แนะนำแนวทางการเพิ่มพลังงานในผู้ป่วยมะเร็งที่รับประทานได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือมีภาวะทุพโภชนาการ โดยการให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับอาการและภาวะของผู้ป่วย และให้เพิ่มการรับประทานอาหารทางการแพทย์เสริมระหว่างมื้อ¹¹

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์¹² การพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการ¹³⁻¹⁴ แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีปัญหาทุพโภชนาการ และยังไม่มีข้อมูลการศึกษาเชิงลึกที่เน้นประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาการบริโภคอาหารอย่างมาก งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่ผลลัพธ์ทางกายภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก¹²⁻¹⁴ และการทำความเข้าใจประสบการณ์การบริโภคอาหารของแต่ละคน รวมถึงความรู้ด้านโภชนาการที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการดูแลตนเอง⁸⁻⁹ แต่จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มารักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังไม่สามารถดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารได้อย่างเพียงพอ หรือหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารได้อย่างแท้จริง คำถามสำคัญจึงอยู่ที่ว่า เมื่อการบริโภคอาหารกลายเป็นเรื่องยากและเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ขณะได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและรับการรักษาจนครบตามแผนการให้ยา ซึ่งการแสวงหาคำตอบสำหรับคำถามนี้ จำเป็นต้องอาศัยการทำความเข้าใจผ่านมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ตรงต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจจากการรักษาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจประสบการณ์การบริโภคอาหารจากมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงใช้แนวทางการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อเข้าถึงและเข้าใจสาระสำคัญของประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างลึกซึ้ง ผ่านการรับรู้และถ่ายทอดของผู้ป่วยเอง ซึ่งช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่แท้จริง อันจะนำไปสู่การปรับปรุง

แนวปฏิบัติทางคลินิก การสนับสนุนผู้ป่วยด้านการบริโภคอาหารและการพัฒนาอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่มีปัญหาในการบริโภคอาหารในทุกมิติ เพื่อลดปัญหาจากการบริโภคอาหารและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การเผชิญและก้าวผ่านปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวที่มีคุณค่า และไม่อาจถ่ายทอดหรือสรุปแทนได้จากมุมมองของผู้อื่น นอกจากจะได้รับการถ่ายทอดจากผู้ป่วยคนนั้นโดยตรง การศึกษานี้จึงเลือกใช้แนวทางปรากฏการณ์วิทยาที่มุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ ที่เน้นการสำรวจและถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ผ่านการฟังเสียงและเรื่องราวจากผู้ป่วยเอง¹⁵ โดยใช้แนวคิดนี้เป็นกรอบในการตั้งคำถามและเก็บข้อมูล เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถสะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างเป็นธรรมชาติ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ van Manen¹⁶ เพื่อสังเคราะห์และจัดกลุ่มประเด็นสำคัญที่สะท้อนจากประสบการณ์ตามบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำการศึกษาค้นคว้าเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของการบริโภคอาหารในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการรักษาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย (target group) แบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1-3 และไม่มีพยาธิสภาพผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin ที่ครบตามแผนการรักษา และมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม และ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย โดยข้อมูลมีความอ้อมตัวที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 คือ ไม่พบประเด็นใหม่จากการสัมภาษณ์¹⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัย (first author) เป็นเครื่องมือหลักที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่รับยาเคมีบำบัด เป็นระยะเวลากว่า 15 ปี ผู้วิจัยเตรียมความรู้และฝึกทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผ่านการศึกษารับรู้การวิจัยเชิงคุณภาพจากการเรียนระดับปริญญาโท ฝึกทักษะการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ อบรมเชิงปฏิบัติการกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ อบรมหลักสูตรการฝึกทักษะการจับประเด็น และอบรมหลักสูตรพยาบาลโภชนบำบัด เพื่อนำความรู้มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นให้ครอบคลุมมากที่สุด 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ข้อ ภายใต้วัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย “ช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภค

อาหารหรือกินอาหารของท่าน ตั้งแต่ก่อนเริ่มเคมีบำบัด จนกระทั่งจบการรักษาให้เพียงพอค่ะ ” “การกินอาหารของท่านตั้งแต่ก่อนให้ยาเคมีบำบัดและระหว่างการให้เคมีบำบัด มีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร และท่านปรับตัวหรือใช้ชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคอาหาร หรือกินอาหารระหว่างการให้เคมีบำบัดอย่างไร” และ “ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมสำหรับการกินอาหารในช่วงระหว่างการให้เคมีบำบัด และเพราะอะไร” 3) แบบบันทึกภาคสนามสำหรับ บันทึกพฤติกรรม ความรู้สึก บริบท สิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล และ 4) เครื่องบันทึกเสียงสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการพิจารณาเนื้อหาและความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็งรังสีวิทยาและงานวิจัยเชิงคุณภาพ และทดสอบความชัดเจนและความถูกต้อง โดยการนำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งรังสีวิทยาที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 2 คน และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ความน่าเชื่อถือ และความเข้มงวดของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือของการศึกษานี้ ทำตามเกณฑ์ของ Lincoln & Guba (ลินคอล์นและกูบา)¹⁸ ดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ (credibility) มีการตรวจสอบข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยผู้วิจัยได้สรุปทวนประเด็นกับผู้ให้ข้อมูลหลังได้รับคำตอบ และได้รับการยืนยันว่าเข้าใจตรงกัน หลังจากสรุปประเด็นจากข้อมูลที่ได้แล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของประเด็นที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง โดยใช้วิธีการสนทนาผ่านทางโทรศัพท์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีกำหนดมาโรงพยาบาลตามนัด ในอีก 3-6 เดือนข้างหน้า จึงไม่สามารถยืนยันข้อมูลด้วยตนเองได้ในเวลาของการศึกษา มีการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (triangulation of investigator) ซึ่งประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน และนำข้อค้นพบที่ได้มาร่วมวิเคราะห์กับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์นาน 40-60 นาที

2) ความถ่ายโอนได้ (transferability) ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกคำบรรยายบริบทอย่างละเอียด (thick description) ในทุกคำที่ผู้ให้ข้อมูลพูด การสังเกตและบรรยายท่าทางของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด

3) ความไว้วางใจได้ (dependability) ผู้วิจัยได้บันทึกกระบวนการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถติดตามและทำซ้ำการวิจัยได้

4) ความยืนยันได้ (confirmability) ผลการวิจัยสามารถยืนยันได้มาจากข้อมูลที่แท้จริงและไม่ใช่ว่าอคติส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบมาจากทั้งสามขั้นตอนแล้ว คือ ความเชื่อถือได้ ความถ่ายโอนได้ และความไว้วางใจได้ และยังสามารถตรวจสอบความยืนยันได้ จากการตรวจสอบข้อมูลได้จากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ การถอดเทป แบบบันทึกภาคสนาม การยกตัวอย่างของคำพูดผู้ให้ข้อมูล การนำบทสัมภาษณ์มาสนับสนุนประเด็นหลักและประเด็นย่อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากหน่วยจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่แล้ว ผู้วิจัยจึงได้เข้าเก็บข้อมูล ในระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 13 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยประสานกับบุคลากรในแผนกห้องตรวจรังสีวิทยา เพื่อขอรายชื่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก วันที่มาตรวจ เมื่อเข้าพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นจึงอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยใช้เวลาพิจารณาและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในห้องตรวจ

ที่แผนกนรีเวชกรรมที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงและผู้อื่นรบกวน หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ ใช้เวลา 40-60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การสังเกต การจดประเด็น และการบันทึกเสียงร่วมด้วย เมื่อสนทนาจบประเด็นผู้วิจัยจะทวนซ้ำข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลว่า มีความถูกต้องตรงตามข้อมูลที่ให้มาหรือไม่ หลังจบการสัมภาษณ์ในแต่ละคนผู้วิจัยถอดเทปเสียงแบบคำต่อคำทันที และนำข้อมูลที่ได้มาบันทึก แล้วตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังเสียงทวนหลาย ๆ ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ van Manen¹⁶ มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาปรากฏการณ์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน 2) การค้นหาประสบการณ์ชีวิต โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ทำความเข้าใจประสบการณ์ ด้วยการนำมาวิเคราะห์ประเด็น 4) เขียนอธิบายปรากฏการณ์ 5) สรุปผลด้วยการเขียนอธิบายที่คงไว้ ซึ่งปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และ 6) เชื่อมโยงประเด็นที่ได้จากการศึกษากับภาพรวมของชีวิตผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เลขที่รับรอง SWUEC -673075 ผ่านการรับรองวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2567) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและเป็นไปด้วยความสมัครใจ บันทึกข้อมูลโดยใช้นามสมมติแทนตัวผู้ให้ข้อมูลทุกคนและเก็บเป็นความลับ โดยเก็บไฟล์เสียงและข้อมูลการสัมภาษณ์ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสเข้าได้โดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน อายุระหว่าง 40-66 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 6 คน โสด 2 คนและหย่า 1 คน นับถือศาสนาพุทธ 8 คน และศาสนาอิสลาม 1 คน จบระดับประถมศึกษา 7 คน มัธยมศึกษา 1 คน และปริญญาตรี 1 คน อาชีพประกอบธุรกิจ 2 คน รับจ้าง 2 คน ค้าขาย 1 คน และมีรายได้ อยู่ในช่วง 10,000-50,000 บาทต่อเดือน และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4 คน มีรายได้มาจากเงินกองทุนผู้สูงอายุ และจากคนในครอบครัว โดยใช้สิทธิ์การรักษาเป็นบัตรทองโรคมะเร็งรักษาทุกที่ (cancer anywhere) 7 คน และสิทธิประกันสังคม 2 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทย จึงมีลักษณะการใช้ภาษาและวัฒนธรรมสอดคล้องกับบริบทของภาคกลาง ทั้งในด้านการสื่อสาร การแสดงความรู้สึก และการอธิบายประสบการณ์ชีวิต ขณะเดียวกันผู้วิจัยเองก็เป็นบุคคลที่เติบโตและใช้ชีวิตในภาคกลาง จึงสามารถใช้ภาษากลางในการสนทนาได้อย่างเป็นธรรมชาติ และเข้าใจนัยยะที่แฝงอยู่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้การเก็บข้อมูลมีความราบรื่นและเอื้อต่อการเข้าถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 คน มีบริบทชีวิตที่หลากหลาย โดยเฉพาะมุมมองด้านการบริโภคอาหาร ดังนี้ กุหลาบ (นามสมมติ) วัย 40 ปี มะเร็งระยะ 1 เป็นหญิงทำงานระดับกระฉ่ง มีแม่ดูแลเรื่องอาหาร เชื่อว่าการกินได้ช่วยให้ใช้ชีวิตต่อไปได้ ดาวเรือง (นามสมมติ) วัย 63 ปี มะเร็งระยะ 3 อาศัยลำพัง มีน้องสาวดูแล กินตามกำลังที่ทำได้ มะลิ (นามสมมติ) วัย 54 ปี มะเร็งระยะ 3 ใช้ชีวิตเรียบง่ายกับสามีในชนบท กินเพื่อให้มีแรง ขบา (นามสมมติ) วัย 62 ปี มะเร็งระยะ 3 อยู่คนเดียว ผีนกินและทำกินเองในช่วงรักษา กล้วยไม้ (นามสมมติ) วัย 66 ปี มะเร็งระยะ 2 หย่าร้างและอยู่เพียงลำพัง กินเพื่อให้มีแรงมากกว่าความอร่อย เพื่องฟ้า (นามสมมติ) วัย 64 ปี มะเร็งระยะ 2 เปิดร้านอาหารกับสามี เชื้อมั่นในตนเองและคำแนะนำจากคนรอบข้าง ดอกแก้ว (นามสมมติ) วัย 53 ปี มะเร็งระยะ 2 มองว่าอาหารคือพื้นฐานของการต่อสู้กับโรค ดอกคูณ (นามสมมติ)

วัย 56 ปี มะเร็งระยะ 1 มีบุตรดูแล เลือกกินสิ่งที่คิดว่าดีกับตัวเอง และพูดซ้อน (นามสมมติ) วัย 55 ปี มะเร็งระยะ 3 อาศัยกับสามี เลือกกินตามคำแนะนำที่เชื่อถือได้ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 คน มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ การมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ด้วยพลังจากการกิน แต่หนทางที่แต่ละคนจะเลือกนั้น ล้วนแตกต่างกันตามเงื่อนไขชีวิต ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่รายล้อมรอบตัว

ผลที่ได้จากการสะท้อนประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Paclitaxel และ Carboplatin จากคำบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ คือ “กินได้อยู่รอด” มีรายละเอียด ดังนี้

1. “กินได้” เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความสามารถในการเลือกและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ภายใต้ข้อจำกัดจากผลข้างเคียงของยา โดยเป็นการกินกันตาย กินให้เป็น และกินตามวิถี ดังนี้

1.1 กินกันตาย

เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องประสบกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะเรื่องของการบริโภคอาหาร ซึ่งในบางช่วงพบว่า ไม่สามารถรับประทานอาหารได้หรือรับประทานได้น้อย จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น อาเจียน คลื่นไส้ หรืออาการข้างเคียงอื่นที่รุนแรงขึ้น จนส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้าและหมดแรง แต่ด้วยความต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงทำให้ต้องพยายาม ทำให้ตนเองมีพลังและเรี่ยวแรงเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ จึงเลือกที่จะบริโภคสิ่งที่ช่วยให้ร่างกายมีแรง มีพลัง พ้นตัว นอกจากจะต้องช่วยพยุงร่างกายแล้ว ยังต้องการให้อาหารช่วยบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดด้วย เพื่อไม่ทำให้ร่างกายทรุดลงกว่าเดิม และทำให้ไปต่อได้ อย่างเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลบอกมาว่า

“คิดว่าถ้าเราทานไม่ได้แล้วเราไม่ทานเลยร่างกายเราก็จะแย่ เราจะไม่ม่แรงที่จะสู้กับมัน กินลงไปมันไม่ร่อยก็ข้างมัน แต่อย่างน้อยก็ต้องให้มีอะไรเข้าไปในร่างกายเพื่อให้เรามีแรง มีกำลัง เราจะต้องกินเข้าไปให้มันมีแรงเพื่อที่จะสู้กับโรค พอเราป่วยแล้วก็ต้องเน้นว่าต้องกินนะ เพื่อให้ตัวเองมีกำลังที่จะสู้กับอะไรหลายๆ อย่างต่อไป ไม่ว่าจะโรคไม่ว่าจะอะไรก็แล้วแต่คือมันต้องกิน มันเป็นพื้นฐานที่ทำให้เราไปได้ตลอด” (ดอกแก้ว)

“การกินก็เป็นการพยายามช่วยร่างกายเราให้อยู่ให้ได้ ช่วงที่ให้เคมีบำบัดก็พยายาม จะให้พลังกับตัวเอง คือก็ต้องพยายามกินให้ได้” (เฟื่องฟ้า)

นอกจากการรับประทานอาหาร เพื่อให้ร่างกายมีพลังและสามารถไปต่อได้แล้ว การรับประทานอาหารยังมีความจำเป็น สำหรับการรับประทานยาเพราะยาส่วนใหญ่ต้องรับประทานอาหาร

“ต้องพยายามกินอาหารให้ได้ เพราะยาที่หมอให้ไปต้องกินหลังอาหาร มีทั้งยาบำรุง ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยานอนหลับ ยาแก้แพ้” (เฟื่องฟ้า)

1.2 กินให้เป็น

ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะบริโภคอาหารตามคำแนะนำ ตามหลักวิชาการที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เลือกเชื่อแหล่งข้อมูลที่เชื่อมั่นว่าเหมาะสมและมีประโยชน์มากที่สุด ที่มีทั้งแหล่งที่เป็นบุคคล คือ บุคลากรทางการแพทย์ และแหล่งข้อมูลที่ไม่ใช่บุคคล คือ แหล่งข้อมูลออนไลน์ต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังเลือกบริโภคตามสภาวะร่างกายของตนเองที่เป็นอยู่ขณะนั้น ด้วยการปรับรูปแบบอาหารเพื่อให้บริโภคให้ได้มากที่สุดเท่าที่ร่างกายจะรับไหว นอกจากนี้ ยังต้องเป็นอาหารที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกาย มีผู้ให้ข้อมูลหลายคนกล่าวว่า “ได้ข้อมูลการกินมาจากพยาบาล จากคุณหมอค่ะ กินตามที่หมोजัดไปให้เราก็มั่นใจว่า เราจะไม่ผิดตรงไหน” (เฟื่องฟ้า)

“ข้อมูลการกินส่วนมากจะเป็นลูกสาว ก็จะเข้าไปดูที่เขาลงในตึกตอกในโทรศัพท์นั่นแหละ เข้าไปดูว่าคนที่ระหว่างให้เคมีบำบัดต้องทำยังไง ต้องกินอะไร” (ดอกคุณ)

“อาหารที่กินต้องอย่าเอาความอร่อย เราต้องนึกถึงว่าเราป่วยอยู่เราจะต้องรักษาสุขภาพขอให้สด สะอาด แล้วก็ครบหลัก 5 หมู่เท่านั้นเอง” (ดอกแก้ว)

1.3 กินตามวิถี

ผู้ให้ข้อมูลเลือกบริโภคตามวิถีการบริโภคอาหารที่ตนเองคุ้นเคย และเคยปฏิบัติมาก่อน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อ ความชอบส่วนตัว และประสบการณ์การบริโภคอาหารที่สั่งสมมา การบริโภคอาหารจึงเป็นสิ่งที่ให้ความพึงพอใจ และสอดคล้องกับตัวตนของแต่ละบุคคล โดยเลือกรับประทานสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้จริง ทั้งในแง่ของกำลังกาย ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ คือ รายได้ อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ อีกทั้ง ยังคงยึดถือรูปแบบการบริโภคอาหารเดิมของครอบครัวที่ปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า

“บางคนก็จะมีแนะนำทานนมทางการแพทย์นะ ป้าบอกตรง ๆ ว่าป้าไม่มีตั้งค์ซื้อ เราก็เลือกเอาที่เราพอทานได้ กำลังเงินเราไปได้ค่ะ คือมันตามสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวเรา ไม่จำเป็นจะต้องไปเอาอาหารเสริมอะไรก็ไม่รู้ซึ่งเราไม่มีเงินไปซื้อหรอกค่ะ การดูแลตัวเองป้าว่าไม่จำเป็นต้องไปเอาของแพง ๆ” (ดอกแก้ว)

“ช่วงให้ยาเคมีบำบัดป้าก็กินอาหารแบบที่บ้าน ๆ นะ ไม่กินของที่ว่ามันแปลก ๆ กินอาหารบ้าน ๆ ที่พ่อแม่พากินมา” (กล้วยไม้)

2. “อยู่รอด” ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ภายใต้ภาวะความเจ็บป่วย ด้วยการปรับตัวปรับใจ วางใจฝากกาย และอาหารจากบ้าน ดังนี้

2.1 ปรับตัว ปรับใจ

ผู้ให้ข้อมูลมีชีวิตที่เปลี่ยนไป ตั้งแต่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและเปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อเริ่มให้ยาเคมีบำบัดและมีอาการข้างเคียงจากการรับยา โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคอาหาร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบริโภคอาหาร แต่ก็ยอมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองรอดปลอดภัยจากการรักษาและโรคมะเร็ง ถึงแม้จะต้องดูแลตัวเองเพียงลำพัง สะท้อนออกมาจากคำพูดที่ว่า

“เมื่อก่อนที่จะรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนี่กินยังงี้ก็ได้ แต่เดี๋ยวนี้ตอนที่รักษาต้องกินใหม่หมดเลย ปรับปรุงชีวิตใหม่หมด ก็เลยเป็นอะไรที่อยู่ยากนิดนึง แต่มันก็ดี ถึงจะยุ่งยากหน่อย แต่ก็ทำให้ชีวิตดี” (มะลิ)

ทั้งการใช้ชีวิตที่ต้องฝืนบริโภคอาหารให้ได้ แม้ว่าร่างกายจะกินเข้าไปไม่ไหว แต่ก็ต้องอดทน ฝืนใจด้วยเหตุผลหลัก คือ ต้องการให้ร่างกายมีแรงต่อสู้ชีวิตให้ร่างกายแข็งแรง เพื่อเข้ารับการรักษาตามแผนรักษาร่างกายตัวเองให้รอดปลอดภัยจากโรค ดังตัวอย่างคำพูด

“ตอนที่กินไม่ได้ มันก็ต้องฝืนกินเพราะว่ายังไงเราก็ต้องทาน อย่างน้อย ๆ ก็ต้องทานลงไปให้ได้ ให้อยู่ให้ได้ ทานเป็นข้าวเปล่าหรือกับข้าวไม่ได้ พวกข้าวต้มก็ยี้ดี แบบกลืนใจเอามันลงไปในห้อง” (ดอกแก้ว)

2.2 วางใจ ฝากกาย

ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อนร่วมโรคในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลอาหาร โดยเฉพาะครอบครัวมีบทบาทสำคัญทั้งในการเตรียมอาหารและสนับสนุนด้านจิตใจ

การได้รับการดูแลจากคนที่ไว้ใจช่วยเติมพลังทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการกินอย่างเหมาะสมและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างครบทุกมิติ ดังคำบอกเล่า

“อาจารย์หมอบอกว่าทานอาหารได้ทุกอย่าง ขอให้สุก ขอให้สะอาด แล้วก็ปรุงใหม่ ไม่ทานอาหารค้างคืน หลีกเลี้ยงทานแค่ของหมักดอง ก็ทำตามหมอบอก” (ดอกแก้ว)

“คนที่เป็นมะเร็งแล้วมารักษาด้วยยาเคมีบำบัดด้วยกันเขาก็บอกว่าต้องกินแบบนี้แบบนี้ งดกินของที่ไม่ดีกับเรา เราก็กินตามมั้ง แต่บางอย่างก็ไม่ได้ทำตามหมด” (กล้วยไม้)

2.3 อาหารจากบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลให้ความมั่นใจกับอาหารที่ทำรับประทานเองที่บ้าน เนื่องจากเชื่อมั่นในความปลอดภัยของวัตถุดิบ สามารถควบคุมวิธีการปรุง และเลือกสิ่งที่สอดคล้องกับอาการของตนได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการปรุงอาหารด้วยตนเองหรือให้คนในครอบครัวช่วยดูแล ทั้งนี้ เพราะในช่วงของการรักษาสถานที่ ที่ใช้ชีวิตมีเพียงบ้านและโรงพยาบาล แต่ผู้ให้ข้อมูลมักไม่สามารถบริโภครักษาที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ได้ ด้วยเหตุผลด้านรสชาติที่ไม่ถูกปาก ไม่กระตุ้นความอยากอาหาร จึงจำเป็นต้องเตรียมอาหารมารับประทานเอง เพื่อให้สามารถกินได้ตามที่ร่างกายรับไหว ด้วยการทำมาจากบ้านหรือเลือกซื้อจากแหล่งที่ตนเองไว้วางใจ ดังที่ถ่ายทอดคำพูดออกมาว่า

“ช่วงให้ยาเคมีบำบัด จะกินอาหารที่บ้านเป็นหลัก เพราะจะมีแม่ช่วยปรุงอาหารให้ตามความต้องการของตนเอง และแม่ก็เคยเป็นโรคมะเร็งและผ่านมาได้จึงมั่นใจ เพราะตอนนอนให้ยาเคมีอยู่โรงพยาบาลกินอาหารที่โรงพยาบาลจัดมาให้ไม่ได้เลย มันไม่ชวนให้กิน มันเหม็น มันกินไม่ลง มันไม่อยากกิน จึงเลือกซื้ออาหารกินเองจากข้างนอกโรงพยาบาลแทน ก็พอกินได้” (กุหลาบ)

“บำเพ็ญทำกับข้าวกินเองที่บ้าน ทำเองดีที่สุด จะได้เลือกวัตถุดิบเอง เลือกที่เรากินได้ และดีต่อสุขภาพ แล้วก็กินตามเวลาที่เรารับประทาน” (ขบา)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ พบว่า การบริโภคอาหารที่ไม่ใช่เพียงแค่การ “กิน” เพื่อประทังชีวิต แต่เป็นการ “กิน” ท่ามกลางความเปราะบางของร่างกาย จิตใจ และผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ภาพที่ปรากฏจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือความพยายามอย่างยิ่งยวดในการเลือกกินสิ่งที่ร่างกายยังพอรับไหว เพื่อรักษาพลังงานและความหวังในการมีชีวิตอยู่ สะท้อนออกมาเป็นประเด็นสำคัญว่า “กินได้ อยู่รอด” ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1. กินได้ “กินได้” ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่สะท้อนถึงความสามารถในการเลือกและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ภายใต้อำนาจจำกัดจากผลข้างเคียงของยา โดยเน้นอาหารที่ไม่ฝืนร่างกาย ให้พลังงาน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและตามสภาพเศรษฐกิจส่วนบุคคล ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

กินกันตาย เป็นการบริโภคอาหารเพื่อให้ชีวิตยังคงอยู่ การบริโภคอาหารได้ส่งผลดีต่อร่างกายให้สามารถเข้ารับการรักษได้ตามแผนการรักษา ลดผลข้างเคียงจากการรักษา และมีชีวิตต่อไป สะท้อนตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ได้กล่าวว่า การกินนั้นอยู่ในขั้นความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (physiological needs)¹⁹ เป็นความต้องการลำดับต่ำสุดและเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต มนุษย์กินอาหารเพื่อตอบสนองความหิว ความกระหาย และเพื่อให้ร่างกายอยู่รอด ซึ่งอาหารก็คือหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญของการมีชีวิต “การกิน” สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความพึงพอใจ ด้านรสชาติหรือเพื่อความสุขเสมอไป แต่ผู้ป่วยมะเร็งกินเพื่อการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง²⁰ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมาก²¹ การที่ผู้ป่วยมะเร็งพยายามบริโภคอาหารเพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานจึงเป็นการกินเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และยังไม่พบการศึกษาใดที่มีความเห็นต่างจากแนวคิดการกินกันตาย เพราะความหวังในการมีชีวิตอยู่ยังคงเป็นแรงผลักดันหลักของผู้ป่วยมะเร็งในการพยายามบริโภคแม้ในยามยากลำบาก

กินให้เป็น เป็นการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม มิได้เป็นเพียงการเลือกบริโภคตามตำราหรือหลักการทางวิชาการเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยยึดถือจากคำแนะนำของบุคคลที่ตนให้ความเชื่อถือ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ หรือแม้กระทั่งคนในครอบครัวและผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์คล้ายกันมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญและบุคคลใกล้ชิดที่มีความเข้าใจในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการกินที่ลดลง²² ข้อมูลที่ผู้ป่วยเชื่อถือก็ยังเป็นอีกช่องทางที่ผู้ป่วยเลือกจะเชื่อและปฏิบัติตาม คือ ข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการจัดการอาการทั้งจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยพบว่ามีข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งทางสื่อสังคมออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย²³ และการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยยังคงขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายในช่วงเวลานั้นด้วย

กินตามวิถี เป็นการบริโภคอาหารตามความพึงพอใจส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการกินเพื่อทำให้ตัวเองมีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งตรงกับแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ว่าการส่งเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก²⁴ นอกจากนี้ บริบทชีวิตในด้านเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทั้งในแง่ของความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ และการเลือกสรรอาหารที่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านรายได้ เป็นไปตามการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่า ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีแนวโน้มเผชิญความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากกว่ากลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง²⁵

2. อยู่รอด “อยู่รอด” ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ภายใต้ภาวะความเจ็บป่วย โดยอาศัยความเชื่อมั่นและแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และมีบ้านเป็นพื้นที่แห่งการเยียวยาที่หล่อเลี้ยงทั้งร่างกายและจิตใจ อภิปรายผลได้ ดังนี้

ปรับตัว ปรับใจ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ตระหนักว่าชีวิตไม่อาจเป็นเช่นเดิม โดยเฉพาะในเรื่องของการกิน ทุกคำที่กลืนลงไปเต็มไปด้วยความรู้สึกฝืนทน แต่ในขณะเดียวกันก็รับรู้ได้ว่าการกินอาหารให้ได้ นั่นคือหนทางเดียวที่เป็นความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อ แม้ต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวในการดูแลตัวเอง แต่ผู้ป่วยก็ไม่ย่อท้อต่อการต่อสู้เพื่ออยู่รอด คล้ายกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในผู้ใหญ่ ที่พบว่า ต้องการมีชีวิตรอดจึงจำเป็นต้องดิ้นรนในการกินอาหาร²⁶ ดังนั้น การรับฟังประสบการณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบริโภคอาหารจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลที่เข้าใจความเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมการยอมรับตนเองอย่างมีคุณค่า

วางใจ ฝากกาย โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกเชื่อมั่นคนในครอบครัวอันเป็นที่รัก อีกทั้ง ยังไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลด้วยหลักวิชาการและความเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ป่วยรายอื่นที่เผชิญโรคเดียวกัน และสามารถผ่านประสบการณ์การรักษาอันยากลำบากนั้นมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ต้องการกำลังใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลจากญาติ และ

บุคลากรทางการแพทย์²⁷ ดังนั้น การมีผู้ดูแลที่เข้าใจและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด จึงเป็นแรงเสริมสำคัญในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ

อาหารจากบ้าน เมื่อยามเจ็บป่วยพื้นที่ที่อยู่อาศัยยังส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินของผู้ป่วย การบริโภคอาหารที่บ้านเป็นทางเลือกที่ให้ความมั่นใจมากที่สุด เพราะเป็นอาหารที่คุ้นเคย ปลอดภัย ควบคุมได้ ทั้งรสชาติ วัตถุดิบ และกระบวนการปรุงที่สามารถควบคุมได้เองหรือมีคนในครอบครัวดูแล ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย แต่ไม่อาจจัดการเรื่องอาหารที่ตนเองสามารถกินได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรับประทานอาหารได้มากขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน²⁸ แต่ก็ยังมีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนด้านโภชนาการและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้²⁹

บทสรุปของงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายของการบริโภคอาหารว่าเป็น “กินได้” ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการกินอาหารภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายและ “อยู่รอด” ซึ่งหมายถึง การดำรงชีวิตให้อยู่ต่อภายใต้ภาวะยากลำบากจากผลข้างเคียงของการรักษา ประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้ป่วย จึงมิใช่เพียงแค่เรื่องของโภชนาการ หากแต่เป็นการต่อสู้กับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความรู้สึก ความสัมพันธ์ และบริบทแวดล้อม โดยผู้ป่วยปรับตัวด้วยการเลือกกินในสิ่งที่ตนกินได้ กินไหว และมั่นใจว่าปลอดภัย แม้จะต้องลดความหลากหลายของอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการลงก็ตาม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ ความรู้สึก และความสามารถของผู้ป่วย มากกว่าการยึดตามหลักโภชนาการเพียงด้านเดียว

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดการศึกษา

1. **ข้อจำกัดในการศึกษา** การศึกษานี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอด้านความหลากหลายในบริบทต่าง ๆ เช่น บริบททางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นความยากลำบากในการเดินทางของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้การตีความเชิงลึกอาจยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ จึงเป็นการสะท้อนประเด็นตามประสบการณ์เฉพาะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยเท่านั้น ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 พัฒนาระบบการดูแลด้านโภชนาการที่ตอบสนองต่อประสบการณ์จริงของผู้ป่วย จากข้อค้นพบ “กินได้ อยู่รอด” ชี้ให้เห็นว่า การให้การพยาบาลด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ไม่ควรเน้นเฉพาะปริมาณและชนิดของสารอาหารเพียงอย่างเดียว แต่ต้องสะท้อนถึงความสามารถในการบริโภคอาหารจริงของผู้ป่วย ภายใต้ข้อจำกัดและวิถีชีวิตเฉพาะบุคคล จึงเสนอให้จัดทำแนวทางการดูแลโภชนาการเชิงบริบท ซึ่งมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย เช่น เชื่อมโยงระบบติดตามผลโภชนาการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2.2 ควรจัดให้มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและสร้างทักษะด้านโภชนาการผ่านกิจกรรมฝึกปฏิบัติ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลือกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมและมีอิสระในการดูแลตนเอง

2.3 บูรณาการการดูแลโภชนาการเข้าในแผนการพยาบาลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากข้อค้นพบ “กินได้ อยู่รอด” สะท้อนว่า พฤติกรรมการกินมีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับกาย จิต และสังคม

3. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในอนาคต

3.1 จากข้อค้นพบ “กินได้ อยู่รอด” ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายและเศรษฐกิจ ควรมีการวิจัยเชิงพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน มีต้นทุนต่ำ เพื่อลดภาระ

ครอบครัวและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลโภชนาการเมื่ออยู่ที่บ้าน ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

3.2 เนื่องจากการศึกษานี้ มีข้อจำกัดด้านบริบท จึงควรศึกษาวิจัยไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ต่างศาสนา อาชีพ รายได้ และพื้นที่อาศัย พร้อมทั้งศึกษาวิจัยเชิงลึกผ่านกรณีศึกษา เพื่อให้เข้าใจรูปแบบการการบริโภคอาหารในแต่ละบริบทมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางดูแลด้านโภชนาการให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความราบรื่นด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรแผนกนรีเวชกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และจิตเมตตาแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลอันทรงคุณค่า ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน

References

1. World Health Organization; International Agency for Research on Cancer. Global cancer observatory: cancer today [Internet]. Lyon, France: IARC;2022 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2021 [Internet]. Bangkok: National Cancer Institute;2021 [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf
3. Benna-Doyle S, Baguley BJ, Laing E, Kiss N. Nutritional interventions during treatment for ovarian cancer: a narrative review and recommendations for future research. *Maturitas* 2024;183:107938.
4. Berek JS, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;155(Suppl 1):61–85.
5. Komatsu H, Oishi T, Sato S, Osaku D, Sawada M, Kudoh A, et al. Evaluating chemotherapy-induced nausea and vomiting and food intake in patients with gynecologic cancer. *Anticancer Res* 2019;39(8):4555–60.
6. Galaniha LT, McClements DJ, Nolden A. Opportunities to improve oral nutritional supplements for managing malnutrition in cancer patients: a food design approach. *Trends Food Sci Technol* 2020;102:254–60.
7. Yuphet K, Sangtawee P, Atcharyaprasit E. Nursing management of nutrition for cancer patients. *Vajira Med J* 2020;13(2):133–40. (in Thai)
8. Tang H, Zhang Y, Cao B, Liang Y, Na R, Yang Z, et al. Knowledge, attitudes and behaviors toward healthy eating among Chinese cancer patients treated with chemotherapy: a systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2023;10(1):100163.
9. Trauchburg A, Schwingshackl L, Hoffmann G. Association between dietary indices and dietary patterns and mortality and cancer recurrence among cancer survivors: An

- updated systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Nutrients* 2023;15(14):3151.
10. Akhter T, Pervin S, Goodman A. Quality of life in ovarian-cancer patients receiving chemotherapy. *J Cancer Ther* 2020;11(11):695.
 11. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021;40(5):2898–913.
 12. Qin N, Jiang G, Zhang X, Sun D, Liu M. The effect of nutrition intervention with oral nutritional supplements on ovarian cancer patients undergoing chemotherapy. *Front Nutr* 2021;8:1–9.
 13. He J, Xiong Y, Mo D, Tang M. Meta-analysis of the effect of dietary care on nausea and vomiting in oncology chemotherapy patients. *Contrast Media Mol Imaging* 2022;2022:3163230.
 14. Thasiratsawat P, Rongmuang D, Prakas N. Effectiveness of a nutritional promotion program on clinical outcomes in cancer patients receiving chemotherapy. *J South Coll Netw Nurs Public Health* 2023;10(3):1–12. (Thai)
 15. Phothisita C. The art and science of qualitative research. 9th ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing;2021.
 16. van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy [Internet]. Albany (NY): SUNY Press;1990 [cited 2025 Jul 14]. Available from: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/swulib-ebooks/detail.action?docID=3408268>
 17. Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual Health Res* 2015;25(9):1212–22.
 18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry [Internet]. Newbury Park: Sage Publications;1985 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://books.google.co.th/books?hl=en&id=2oA9aWlNeooC>
 19. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943;50(4):370–96.
 20. Marshall KM, Loeliger J, Nolte L, Kelaart A, Kiss NK. Prevalence of malnutrition and impact on clinical outcomes in cancer services: a comparison of two time points. *Clin Nutr* 2019;38(2):644–51.
 21. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394–424.
 22. Lize N, IJmker-Hemink V, van Lieshout R, Wijnholds-Roeters Y, van den Berg M, Soud MYE, et al. Experiences of patients with cancer with information and support for psychosocial consequences of reduced ability to eat: a qualitative interview study. *Support Care Cancer* 2021;29:6343–52.

23. Pagoto S, Bennett GG, editors. Social media and mobile technologies for cancer prevention and treatment. Cham: Springer;2017.
24. Wilson JC. Nola J. Pender: health promotion model [Internet]. [n.p.]: Nurseslabs;2021 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model>
25. Zheng XT, Huang FY, Qi YL, Sun W, Zhang XR, Wang YJ, et al. Associations of socioeconomic status and malnutrition with survival in adults with cancer in the UK Biobank: a prospective cohort study. *Public Health* 2025;242:264–71.
26. Christensen ME, Olsen PR, Haahr A, Rose HK, Norlyk A. Struggling to eat to survive cancer-lived experiences of eating among adolescents and young adults undergoing high-emetogenic chemotherapy. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2022;11(3):268–74.
27. Kaewrat P, Chairun W, Wisetrith V. Lived experiences of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. *EAU J Sci Technol* 2017;11(1):224–34. (in Thai)
28. Molassiotis A, Roberts S, Cheng HL, To HK, Ko PS, Lam W, et al. Partnering with families to promote nutrition in cancer care: feasibility and acceptability of the PlcNIC intervention. *BMC Palliat Care* 2018;17:1–12.
29. Bargetzi L, Brack C, Herrmann J, Bargetzi A, Hersberger L, Bargetzi M, et al. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. *Ann Oncol* 2021; 32(8):1025-33.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน

ชนิกา วรสิษฐ์ ปร.ด.* อัมพรพรรณ อีรานูตร ปร.ด.** สุพันธ์ อุ่นใจ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีความหลากหลาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการสังเคราะห์องค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าว ยังมีจำกัด การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน มีการสืบค้นงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เผยแพร่ ระหว่าง พ.ศ. 2557–2567 อย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล CINAHL, Cochrane, ProQuest, PubMed, Scopus และ ThaiJo พบบทความทั้งหมด 8,411 เรื่อง และหลังจากคัดกรองแล้วเหลืองานวิจัยที่คัดเลือก 14 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา 2 เรื่อง ดำเนินการประเมินคุณภาพงานวิจัย ด้วยเครื่องมือ mixed methods appraisal tool (MMAT), Version 2018 พบว่า ทั้ง 14 เรื่องผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดไว้และแยก การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพก่อนหลัง จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ทั้งสองชุดข้อมูลมาบูรณาการร่วมกันเพื่อตอบคำถามการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ โรคร่วม ความเชื่อ และค่านิยมส่วนบุคคล (2) การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น ความซับซ้อนของข้อมูลหรือข้อจำกัดด้านภาษา (3) การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทในการให้ข้อมูลและความมั่นใจต่อการตัดสินใจ และ (4) ระบบบริการสุขภาพและนโยบาย เช่น ความพร้อมของสถานพยาบาล และสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

ข้อค้นพบสะท้อนว่า กระบวนการตัดสินใจควรได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความเชื่อ ค่านิยมทางวัฒนธรรม และความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับความซับซ้อนของข้อมูลหรือข้อจำกัดด้านภาษา นอกจากนี้ ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและนโยบายที่ส่งเสริมการตัดสินใจในการรักษาอย่างมีข้อมูล ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมแบบผสมผสาน การบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรัง

ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 5 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 พฤศจิกายน 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล supou@kku.ac.th

Factors associated with decision-making regarding renal replacement therapy among patients with stage 4 and 5 chronic kidney disease: A mixed-methods systematic review

Chanika Worasith Ph.D.* Ampornpan Theeranut Ph.D.** Supan Unjai Ph.D.***

Abstract

Decision-making regarding renal replacement therapy (RRT) for patients with stage 4 and 5 chronic kidney disease (CKD) is a complex process that significantly impacts long-term quality of life. Multiple factors influence this decision at the individual, family, and healthcare system levels. However, the synthesis of knowledge regarding this topic remains limited at present. This study aimed to systematically review and synthesize evidence on the factors influencing RRT decision-making among patients with stage 4 and 5 CKD using a mixed-methods systematic review approach. Qualitative and quantitative studies published between 2014 and 2024 were systematically searched across six databases: CINAHL, Cochrane, ProQuest, PubMed, Scopus, and ThaiJo. A total of 8,411 articles were identified, and 14 studies were finally included after screening. These comprised 11 qualitative studies, one quasi-experimental study, and two descriptive quantitative studies. The quality of all included studies was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018, and all met the predetermined quality criteria. Data were analyzed using parallel-results convergent design, quantitative and qualitative data analyses were conducted separately before the results from both sets of data were integrated to address the research questions.

The results identified four major categories of related factors: (1) individual factors, such as age, comorbidities, beliefs, and personal values; (2) access to and understanding of health information, including information complexity and language barriers; (3) support from family and healthcare professionals, which plays a key role in information provision and decision-making confidence; and (4) healthcare system and policy factors, such as facility availability and patient benefit entitlements.

This study's findings reflect that decision-making processes ought to be supported by a holistic healthcare framework that acknowledges patient beliefs, cultural values, and challenges related to information complexity or linguistic limitations. Additionally, it highlights the importance of engaging family members and healthcare professionals in shared decision-making processes. The knowledge synthesized from this study can inform the development of patient-centered care models and policies that promote informed and context-appropriate treatment decisions for each individual.

keywords: mixed-methods systematic review; renal replacement therapy; chronic kidney disease

Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 5 August 2025, Revised 17 November 2025, Accepted 18 November 2025

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

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

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

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 697.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ราว 1.2 ล้านคน¹⁻² ในประเทศไทย แนวโน้มของโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 พบอัตราความชุกของโรคที่ 18,087 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 16.49 รายต่อประชากรแสนคน³ จากข้อมูลของระบบบริการสุขภาพพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายในประเทศไทย มากกว่า 170,000 ราย ซึ่งต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง⁴ สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายของภาครัฐ จึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตที่ดำเนินต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกรองของเสีย ควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือแร่ รวมถึงการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย⁵⁻⁶ โดยเฉพาะในระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของไตอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการแสดงที่ชัดเจน เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปัสสาวะลดลง และมีอาการบวม⁷ อาการเหล่านี้ ไม่เพียงส่งผลกระทบทางร่างกาย แต่ยังสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ลดลง⁸

แนวทางการรักษาขององค์กรไม่แสวงกำไรระดับโลกด้านโรคไต หรือ KDIGO (kidney disease; improving global outcomes) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่า การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplant: KT) ถือเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 5⁴ ซึ่งจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในระยะที่ 4 ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต เพื่อใช้เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจรักษา เมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะท้าย ทั้งในด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการรักษา ค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเองได้อย่างมีข้อมูล^{4,6} แม้วิธีการเหล่านี้ จะสามารถยืดอายุและช่วยฟื้นคืนสมดุลของร่างกายได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แต่ละวิธีก็มีข้อจำกัดและผลกระทบที่แตกต่างกัน เช่น อาการเหนื่อยล้าหลังฟอกเลือด⁹ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ¹⁰⁻¹¹ และภาระทางจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน¹²⁻¹³ นอกจากวิธีการรักษาข้างต้นแล้ว ยังมีการรักษาแบบประคับประคองที่เน้น การบรรเทาอาการ และการดูแลคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย¹⁴ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เริ่มมีบทบาทมากขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁴ จากที่กล่าวมา การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการเลือกรูปแบบรักษาการบำบัดทดแทนไตชนิดใด จึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งต้องคำนึงถึงทั้งแนวทางการดูแลรักษาและบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

นโยบายล่าสุดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ยกเลิกนโยบาย PD first คือ การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในระยะยาว¹⁵ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในการนำนโยบายไปใช้จริง เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยในการล้างไตทางช่องท้องที่กลัวการติดเชื้อและขาดผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย

สำหรับคลินิกโรคไตโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีการให้แนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ โดยจะมีการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทุกรูปแบบการรักษาในผู้ป่วยทุกราย รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) อย่างไรก็ตาม พบว่า ในผู้ป่วยบางรายเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะท้าย ยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ แม้จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลแล้วก็ตาม การที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ได้ หรือชะลอการตัดสินใจ อาจนำไปสู่การเริ่มการรักษาในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะการฟอกเลือดผ่านสายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราว เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าการเริ่มรักษาแบบมีการวางแผนล่วงหน้า¹⁶ ดังนั้น หากบุคลากรสุขภาพทราบปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต จะช่วยให้การประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม รวมถึงการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลทางเลือกการรักษา และประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ¹⁷ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีส่วนช่วยส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจร่วม (shared decision-making) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะรายบุคคล เช่น อายุ โรคร่วม สถานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งล้วนส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิต¹⁸ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะบุคคล จึงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ความรู้สึก ความเชื่อ และบริบทชีวิตอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีความรู้สึกขอบคุณที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และรู้สึกว่าคุณค่าความคิดเห็นของตนเองมีความหมายเมื่อพยาบาลรับฟัง¹⁹ ดังนั้น หากพยาบาลทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม จะมีส่วนช่วยให้การตัดสินใจของผู้ป่วยนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งด้านการรักษาและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ในปัจจุบันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบมีเพียง 1 ฉบับ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น ที่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยพบปัจจัยหลัก ได้แก่ ด้านบุคคล ครอบครัว ผู้ให้บริการ และบริบททางสังคม¹⁹ แต่การศึกษาดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมงานวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ยากต่อการสังเคราะห์ภาพรวมของเรื่องนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน (mixed-methods systematic review: MMSR) โดยรวบรวมข้อมูลจากทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 จากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณ องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ สำหรับผู้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล (clinical nursing practice guideline) เพื่อประกอบการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน หรือ MMSR โดยรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและอยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต 2) เป็นบทความวิจัยที่รายงานผลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และ 3) เป็นบทความวิจัยปฐมภูมิทุกประเภท (primary research) ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 2014 – 2024 สำหรับเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาได้แก่ เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 หรือผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น และ เป็นบทความวิจัยประเภทวารสารเฉพาะกลุ่ม (grey literature) เช่น เอกสารประกอบการประชุม (conference proceeding) แนวทางปฏิบัติ เอกสารการประชุมคณะกรรมการ เป็นต้น รายงานกรณีศึกษา (case study) การทบทวนวรรณกรรม (review)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ได้แก่

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้ mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018 ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัย ทั้งในรูปแบบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ต้องได้คะแนน “ใช่” อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ²⁰

2. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบบันทึกจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเลือก ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ปีที่เผยแพร่ ประเทศที่ศึกษา รูปแบบและเครื่องมือวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และผลการประเมินคุณภาพของงานแต่ละฉบับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมนี้ ดำเนินตามแนวทางของ Joanna briggs institute (JBI)²¹ แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดกลยุทธ์การสืบค้น ใช้กรอบคำถามแบบ PICO ดังนี้ P: ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 I: ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ C: ไม่มีการเปรียบเทียบ O: การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ CINAHL PubMed Scopus ProQuest Cochrane และ ThaiJo พัฒนาคำค้นด้วยคำหลักและคำพ้องในภาษาอังกฤษ ได้แก่ ("end-stage kidney disease" OR "end stage kidney disease" OR ESRD OR "end-stage renal disease" OR "end stage renal disease" OR "end-stage renal failure" OR "end stage Kidney

Failure" OR "chronic renal failure" OR "chronic kidney failure" OR "chronic kidney disease" OR CKD OR "chronic kidney disease stage 4" OR "chronic kidney disease stage 5") N100 ("renal replacement therapy" OR "kidney replacement therapies" OR "kidney replacement therapy" OR "renal replacement therapies" OR RRT OR CRRT OR "peritoneal dialysis" OR "renal dialyses" OR hemodialy* OR "peritoneal dialyses" OR CAPD OR "continuous ambulatory peritoneal dialysis" OR "kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "renal transplantations" OR "kidney transplantations" OR "kidney grafting" OR "palliative care" OR "palliative supportive care" OR "supportive care palliative" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "palliative therapy" OR "PC") N100 ("factor" OR "factors" OR "factors enhancing" OR "factor-enhancing" OR "influencing factor" OR "influencing factors" OR "decision-making factor" OR "decision-making factors") N100 ("decision making" OR "decision-making" OR "decision making process" OR "decision-making process" OR "decision support") และในภาษาไทยได้แก่ ("โรคไตเรื้อรัง" OR "โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4" OR "โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5" OR "โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย" OR "โรคไตระยะสุดท้าย" OR "โรคไตวาย" OR "ภาวะไตวาย" OR "ภาวะไตวายเรื้อรัง" OR "ภาวะไตวายระยะสุดท้าย") AND ("การบำบัดทดแทนไต" OR "การบำบัดไต" OR "การฟอกไต" OR "การฟอกเลือด" OR "การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม" OR "การล้างไต" OR "การล้างไตทางช่องท้อง" OR "การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง" OR "การปลูกถ่ายไต" OR "การปลูกไต") AND ("ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยส่งเสริมการตัดสินใจเลือก") AND ("การตัดสินใจ" OR "กระบวนการตัดสินใจ" OR "การสนับสนุนการตัดสินใจ")

2. การคัดเลือกงานวิจัย นำบรรณานุกรมทั้งหมดเข้าสู่โปรแกรม EndNote เพื่อค้นหาและลบรายการบทความซ้ำในเบื้องต้น จากนั้นใช้โปรแกรม Rayyan ตรวจสอบความซ้ำซ้อนอีกครั้ง และดำเนินการคัดกรองบทความตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการคัดกรองอย่างอิสระ หากมีความเห็นไม่ตรงกัน จะพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน รายงานผลการสืบค้นและการคัดเลือกงานวิจัย โดยใช้ PRISMA 2020 flow diagram ที่แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหา การคัดกรองตามเกณฑ์ จนถึงบทความที่รวมไว้ในการวิเคราะห์

3. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย ใช้เครื่องมือ MMAT version 2018²² ประเมินโดยผู้วิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัยคนที่ 2 อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยงานวิจัยที่คัดเข้าศึกษาต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพของงานวิจัย โดยต้องได้คะแนน “ใช่” อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ

4. การสกัดข้อมูล ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นผู้อ่านรายงานฉบับสมบูรณ์ของการศึกษาที่คัดเข้า และทำการสกัดข้อมูลโดยรายละเอียดของข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อมูลถูกบันทึกในรูปแบบบรรยาย (narrative format) ซึ่งใช้ถ้อยคำของผู้วิจัยเอง แต่ยังคงรูปแบบและสาระสำคัญของงานวิจัยต้นฉบับไว้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยคนที่ 3 ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการสกัดข้อมูลทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบกับบทความต้นฉบับ

5. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ใช้แนวทาง convergent segregated approach โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพก่อน แล้วจึงบูรณาการผลลัพธ์เข้าด้วยกันอย่างมีเหตุผล²³ เพื่อสะท้อนความเข้าใจแบบองค์รวมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ ด้วยการ

สังเคราะห์เชิงพรรณนา เช่น แนวโน้มและความสัมพันธ์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดกลุ่มเป็นธีม (theme) หลักก่อน แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ร่วมกันในขั้นตอนสุดท้าย

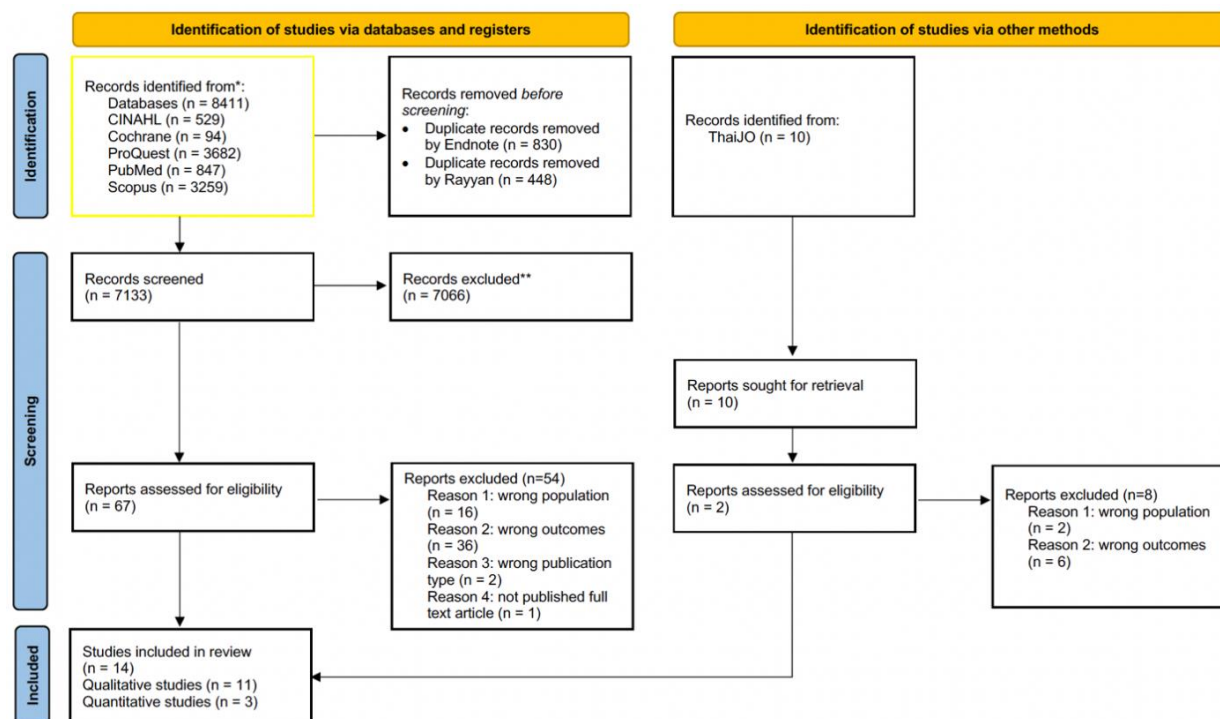
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่แล้ว จึงไม่ต้องขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยึดถือหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในการอ้างอิง วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นกลาง และรายงานผลอย่างโปร่งใส

ผลการวิจัย

ผลการคัดเลือกเอกสารวิจัย

การสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลนานาชาติ 5 แหล่ง ได้แก่ CINAHL (529 บทความ) Cochrane (94 บทความ) ProQuest (3,682 บทความ) PubMed (847 บทความ) และ Scopus (3,259 บทความ) รวมทั้งสิ้น 8,411 บทความ หลังลบบทความซ้ำด้วยโปรแกรม EndNote (830 บทความ) และ Rayyan (448 บทความ) คงเหลือ 7,133 บทความ เพื่อนำมาคัดกรองตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่า 67 บทความมีเนื้อหาเกี่ยวข้อง และผ่านเกณฑ์ โดยการอ่านฉบับเต็ม จำนวน 12 บทความ ส่วนการสืบค้นจากฐานข้อมูลภาษาไทย ThaiJo พบเพิ่มเติมอีก 2 บทความ รวมบทความที่นำมาวิเคราะห์ ทั้งสิ้น 14 บทความ โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 78.6) และงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 21.4) ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง และงานวิจัยแบบพรรณนา 2 เรื่อง โดยงานวิจัยที่คัดเข้าศึกษามีความเหมาะสมและสามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 กระบวนการสืบค้นและคัดเลือกแสดงในแผนภาพ PRISMA 2020 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้ PRISMA 2020 flow diagram

ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัย

บทความทั้ง 14 เรื่อง ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ MMAT พบว่า งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง²³⁻³³ และงานวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่สุ่ม 1 เรื่อง³⁴ ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 5 ข้อ ขณะที่งานวิจัยเชิงพรรณนา 2 เรื่อง³⁵⁻³⁶ ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ≥ 3 ข้อ แสดงถึงคุณภาพที่เพียงพอ สำหรับการนำไปสังเคราะห์ผลการวิจัย

ลักษณะของการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

บทความส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ครอบคลุม 8 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (3 เรื่อง) สหราชอาณาจักร ไทย ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส ไต้หวัน สิงคโปร์ และกานา (ประเทศละ 1 เรื่อง) อีก 1 เรื่องเป็นการศึกษาในประเทศในยุโรป 38 ประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง รวม 9,476 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต (10 เรื่อง) บางการศึกษารวมผู้ดูแล (2 เรื่อง) หรือรวมบุคลากรทางการแพทย์ (1 เรื่อง) หรือรวมผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (1 เรื่อง) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย ตั้งแต่ 20 คน ถึง 7,820 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 และ 5

จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง²³⁻³³ และเชิงปริมาณ 3 เรื่อง³⁴⁻³⁶ พบว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายด้าน (ตารางที่ 1) โดยสามารถจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพและนโยบาย

1. ด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ^{29-30,33-34} โรคร่วม³³ ค่านิยมส่วนบุคคลและความเชื่อ เช่น ความหวังว่าจะหายขาด ความเชื่อในการแพทย์ทางเลือก^{25,27,36} ระดับการศึกษา^{26,34} สถานภาพการทำงาน³⁴ ความสามารถในการทำกิจวัตร³⁴ สถานะทางเศรษฐกิจ^{25,27,35} พื้นที่อยู่อาศัย^{25,33} และภาวะทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้อำนาจในการตัดสินใจ^{27-28,30,32}

2. ด้านการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้เฉพาะวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่รู้จักทางเลือกอื่น เช่น การล้างไตทางช่องท้องหรือ การปลูกถ่ายไต^{23-24,31} มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยบางรายเชื่อว่าการฟอกเลือดเป็นการรักษาระยะสั้นและการฟอกเลือดนี้สามารถรักษาโรคไตเรื้อรังให้หายขาดได้^{25,31} ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือยากต่อการเข้าใจ^{28,31} เผชิญข้อจำกัดด้านภาษา^{23,26} และขาดเครื่องมือหรือกิจกรรมสนับสนุนการตัดสินใจ เช่น โปรแกรมการให้ข้อมูลหรือ กิจกรรมให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย^{26,32}

3. ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในสังคมที่ครอบครัวมีบทบาทหลักในการเลือกแนวทางการรักษา^{23,26-29,31-32,33} รวมถึงการสนับสนุนทางการเงินและช่วยในการแปลหรืออธิบายข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพให้ผู้ป่วยเข้าใจ^{23,25} ส่วนแพทย์มีบทบาทในการแนะนำวิธีการรักษา โดยเฉพาะเมื่อสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี²⁴⁻²⁷ และมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและการตัดสินใจร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁸⁻²⁹ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในหลายบริบทยังขาดเครื่องมือหรือกระบวนการสนับสนุนการตัดสินใจร่วมอย่างเป็นรูปธรรม³¹

4. ด้านระบบบริการและนโยบาย มีบทบาทสำคัญในการกำหนดโอกาสและทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ ที่มีจำนวนสถานบริการจำกัด การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลยังไม่ครอบคลุม หรือไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสม^{25,28,32,35} รวมถึงสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ หากผู้ป่วยไม่ได้รับความคุ้มครองที่เพียงพอ อาจทำให้ตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา หรือหันไปพึ่งพาทางเลือกอื่น เช่น การใช้ยาสมุนไพร^{25,27}

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ไม่ได้เป็นเพียงผลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากการเชื่อมโยงของปัจจัยหลากหลายมิติ ครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ รวมถึงโครงสร้างระบบบริการและนโยบาย ซึ่งมีผลต่อความคิด ความรู้สึกทางเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

ในปัจจัยระดับบุคคล ทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณต่างชี้ว่า อายุ โรคร่วม สถานะทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการทำกิจวัตร และค่านิยมส่วนบุคคล ล้วนมีผลต่อการเลือกแนวทางบำบัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักเลือกแนวทางการดูแลแบบ PC มากกว่า HD เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย ขณะที่ผู้ป่วยวัยทำงาน ซึ่งต้องการความยืดหยุ่น มักเลือก PD ที่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน^{30,32} นอกจากนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงและยังคงทำงานมีแนวโน้มเลือก PD มากกว่า HD อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพ และความต้องการคงความเป็นอิสระในชีวิตประจำวัน²⁶ ในด้านความเชื่อ ความหวัง และศรัทธาในทางเลือกอื่น เช่น การแพทย์แผนจีนหรือแนวทางทางศาสนา ยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ขาดความเข้าใจว่าโรคไตเป็นภาวะเรื้อรัง^{25,27} ทั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย ที่ชี้ว่า ความชอบส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ³⁶

การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูล ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่า มีทางเลือกในการรักษาหลายวิธี โดยรู้จักเพียงวิธี HD เป็นหลัก ส่งผลให้การตัดสินใจเกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดด้านข้อมูล มากกว่าจากความสมัครใจ^{23-24,31} นอกจากนี้ ยังพบอุปสรรคด้านภาษา การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และการขาดเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่เหมาะสม เป็นอุปสรรคต่อการเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ อย่างรอบด้าน^{26,28} สะท้อนถึงช่องว่างในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายเรื่องรายงานว่า การเข้าร่วมโปรแกรมให้ข้อมูลหรือชั้นเรียนเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ RRT สามารถเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจของผู้ป่วยในการตัดสินใจได้อย่างมีนัยสำคัญ^{26,32}

การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางการเงิน อารมณ์ และการตัดสินใจ โดยเฉพาะในวัฒนธรรมเอเชียที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^{23,27} อย่างไรก็ตาม บางกรณี พบว่าครอบครัวมีบทบาทมากเกินไปจนผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการที่แท้จริงได้อย่างชัดเจน³² ในส่วนของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีรักษามากที่สุด³⁵ ความเชื่อมั่นและความต่อเนื่องในการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยได้ดี อย่างไรก็ตาม การขาดเครื่องมือและการอบรมด้านการตัดสินใจร่วม (shared decision making: SDM) ยังเป็นข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนา³¹

ระบบบริการและนโยบาย โครงสร้างระบบบริการ เช่น ความพร้อมของสถานบริการ การส่งต่อ และสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อทางเลือกของผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำที่ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทำให้ไม่สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองได้^{25,27} ในประเทศไทย นโยบาย “PD first” ที่เคยเป็นข้อกำหนด ถูกปรับเปลี่ยนในปี 2566 โดยเปิดทางให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการส่งเสริมสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย¹⁵ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่รอบด้าน ชัดเจน และคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันอย่างคุณภาพ ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ควรส่งเสริมการสื่อสารแบบ SDM ที่สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย พัฒนาช่องทางการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และส่งเสริมการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย การวิจัยในอนาคตควรเน้นการประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมสนับสนุนการตัดสินใจแบบองค์รวม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างผลการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่ถูกคัดเลือก (n=14)

ผู้เขียน ประเทศ	รูปแบบการศึกษา วิธีการ และเครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง สถานที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	ผล MMAT
งานวิจัยเชิงคุณภาพ				
Muscat et al., 2018 - ออสเตรเลีย	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกถึงโครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูล เชิงธีม (thematic analysis)	- ผู้ป่วย ESRD จำนวน 35 คน (ใช้ ภาษาอังกฤษ 26 คน และใช้ภาษา อาหรับ 9 คน) - ในหน่วยฟอกไต 4 แห่ง ในออสเตรเลีย	- ความไว้วางใจในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ - การรับรู้ทางเลือกจำกัด ผู้ป่วยรู้จักเฉพาะ วิธี HD - ภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลต่อความเข้าใจ และความสบายใจในการสื่อสาร - บทบาทครอบครัวในการสนับสนุน การ สื่อสารและตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างกันตาม บริบทและวัฒนธรรม	5/5
Eneanya et al., 2020 - สหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกถึงโครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูลเชิง บรรยาย (narrative analysis)	- แพทย์โรคไต 8 คน และแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไป 8 คน ผู้ป่วย ESRD 10 คน และผู้ดูแลของผู้ป่วย 5 คน จาก โรงพยาบาล Massachusetts	- ความไว้วางใจในแพทย์ - การดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร่วมกับแพทย์โรคไต เพื่อ - สนับสนุนการตัดสินใจ - การรับรู้ทางเลือกจำกัด ผู้ป่วยรู้จักเฉพาะ วิธี HD - ความกังวลต่อผลกระทบของ HD ต่อ คุณภาพชีวิต - ขาดความเข้าใจเรื่องกระบวนการตัดสินใจ และการวางแผนดูแลล่วงหน้า	5/5
Boateng et al., 2018 - กานา	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกแบบกึ่ง	- ผู้ป่วย ESRD 22 คน จาก 3 ศูนย์โรคไต ในกานา คัดเลือก	- ผู้ป่วยบางรายขาดความเข้าใจและข้อมูล เกี่ยวกับโรคและทางเลือกในการรักษา ทำให้ ผู้ป่วยบางราย เลือก	5/5

ตารางที่ 1 ตัวอย่างผลการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่ถูกคัดเลือก (n=14) (ต่อ)

ผู้เขียน ประเทศ	รูปแบบการศึกษา วิธีการ และเครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง สถานที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	ผล MMAT
	โครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูลตาม แนวทางของ grounded theory	- แบบ theoretical sampling ครอบคลุมกลุ่ม HD ผู้ที่ยังไม่ได้เริ่มการ รักษา และผู้ที่กำลัง จะเข้ารับการรักษา ด้วยวิธี KT	วิธีการรักษาทางเลือกอื่น เช่น การใช้ สมุนไพรหรือแนวทางทางศาสนา - การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัด เนื่องจาก จำนวนศูนย์ฟอกไต ไม่ เพียงพอ - มีข้อจำกัดทางการเงิน โดยเฉพาะรักษาวิธี HD ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง - ครอบครัวมีบทบาทในการตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา และสนับสนุนการเงิน - ทีมสุขภาพและเพื่อนผู้ป่วยมีบทบาทใน การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย	
งานวิจัยเชิงปริมาณ				
Chiang et al., 2016 - ไต้หวัน	- การศึกษาย้อนหลัง โดยใช้เวชระเบียนและ แบบสอบถาม - ถาม ADL วิเคราะห์ ด้วยการถดถอยโลจิสติก พหุคูณ เพื่อ ประเมินปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเลือก รักษาวิธี PD	- ผู้ป่วย ESRD ราย ใหม่ 656 ราย (HD=524, PD=132) จาก โรงพยาบาลใน ภาคใต้ของไต้หวัน	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกวิธี PD ได้แก่ - อายุที่น้อยกว่า (PD เฉลี่ย 58.6 ปี vs HD 66.3 ปี; $P<0.001$) - มีสถานภาพการทำงาน (ยังทำงานอยู่ $P<0.001$) - ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (มัธยมศึกษาขึ้นไป $P=0.005$) - มีความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง ($P=0.011$)	5/5
De Jong et al., 2021 - ยุโรป (38 ประเทศ)	- การศึกษาเชิง พรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง ใช้ แบบสอบถาม health expenditure and patient outcomes ผ่านระบบออนไลน์ lime survey และใน รูปแบบกระดาษ ประมวลผลด้วย SPSS	- ผู้ป่วย ESRD 7,820 คน จากโรงพยาบาล และศูนย์ไตใน 38 ประเทศยุโรป ที่ ได้รับ HD หรือ KT อย่างน้อยหนึ่ง รูปแบบ	- ปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีรักษาคือ คุณภาพชีวิต (97.3%) อายุขัย (96.6%) ความปลอดภัย (92%) - ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ แพทย์ (81.3%) คู่สมรส (39.9%) ครอบครัว (30.2%) และพยาบาล (17.2%) - ประเทศรายได้สูงให้ข้อมูล RRT ล่วงหน้า มากกว่าประเทศรายได้ต่ำ ($P<0.001$) ประเทศรายได้สูงได้รับข้อมูลมากกว่า ($P<0.001$) - ผู้ป่วยในประเทศรายได้ต่ำไม่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับ RRT ($P<0.001$)	3/5

หมายเหตุ: end-stage renal disease (ESRD) = โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, renal replacement therapy (RRT) = การบำบัดทดแทนไต, hemodialysis (HD) = การฟอกไตโดยใช้เครื่องไตเทียม, peritoneal dialysis (PD) = การฟอกไตผ่านทางช่องท้อง, kidney transplantation (KT) = การปลูกถ่ายไต, activities of daily living (ADL) = กิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน

สรุปผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ ระยะที่ 5 และผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจดังกล่าว เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ โรคร่วมค่านิยมส่วนบุคคลและความเชื่อ) ปัจจัยด้านการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติ และการกำหนดนโยบายให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ ทำให้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย มีความเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล บริบทสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระบบบริการสุขภาพ พยาบาลควรปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา โดยการบูรณาการมิติทั้งสามเข้าด้วยกันในการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลแบบองค์รวมและเฉพาะบุคคล เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพ ควรผลักดันให้มีการกำหนดกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) เป็นมาตรฐานระดับชาติหรือระดับเขตสุขภาพ และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจในบริบทสังคมและวัฒนธรรมของไทยอย่างลึกซึ้งยิ่ง เพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของมิติทางสังคมต่อการเลือกวิธีการรักษา รวมถึงวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่จำเพาะกับบริบทของประเทศไทยและภาษาไทย เพื่อยกระดับคุณภาพการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อไป

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*. 2020;395(10225):709–33. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
2. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet* 2015; 385(9981):1975–82. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
3. Department of Disease Control, Risk Communication and Health Behavior Development Bureau. The department of disease control campaigns for world kidney day: take care of

- your kidneys, be mindful of your health, kidney disease, emphasizing that diabetic patients should undergo physical examinations to screen for kidney disease [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 [cited 2025 Jun 14]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=50932> (in Thai)
4. Thai Kidney Disease Prevention Subcommittee, Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guideline for the care of patients with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy, B.E. 2565 (revised ed.). Bangkok: Srimuang Printing; 2022.
 5. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238–52. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
 6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2024;105(4 Suppl):S117–314. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
 7. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *JAMA* 2019;322(13):1294–304. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
 8. Monaro S, Stewart G, Gullick J. A “lost life”: coming to terms with haemodialysis. *J Clin Nurs* 2014;23(21–22):3262–73. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12577>
 9. Bossola M, Hedayati SS, Brys ADH, Gregg LP. Fatigue in patients receiving maintenance hemodialysis: a review. *Am J Kidney Dis* 2023;82(4):464–80. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2023.02.008>
 10. Fisher M, Golestaneh L, Allon M, Abreo K, Mokrzycki MH. Prevention of bloodstream infections in patients undergoing hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2020;15(1):132–51. Available from: <https://doi.org/10.2215/CJN.06820619>
 11. Cho Y, Chow KM, Li PKT, Runnegar N, Johnson DW. Peritoneal dialysis-related infections. *Clin J Am Soc Nephrol* 2024;19(5):641–9. Available from: <https://doi.org/10.2215/CJN.0000000000000280>
 12. Lai YL, Neo HLM, Vathsala A, Griva K. Comparing emotional adjustment of living-donor and deceased-donor kidney transplant patients. *Transplant Direct* 2020;6(2):e529. Available from: <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000000956>
 13. Li Y, Zhu B, Shen J, Miao L. Depression in maintenance hemodialysis patients: what do we need to know? *Heliyon* 2023;9(9):e19383. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19383>

14. Imamah NF, Lin HR. Palliative care in patients with end-stage renal disease: a meta-synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(20):10651. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010651>
15. National Health Security Office. Guidelines for the implementation of the renal replacement therapy system [Internet]. Bangkok: NHSO; 2023 [cited 2025 Jun 14]. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/2025-04-17-08-06-55>
16. Ghonimi TA, Alkadi MM, Abdellatif MT, Ezzat H, Fouda TA, Elesnawi MA, et al. Risk factors for unplanned initiation of dialysis in patients with advanced chronic kidney disease: a retrospective cohort study. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2023;34(2):283–90.
17. Engels N, de Graav GN, van der Nat P, van den Dorpel M, Stiggelbout AM, Bos WJ. Shared decision-making in advanced kidney disease: a scoping review. *BMJ Open* 2022;12(9):e055248. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055248>
18. Hsiao SM, Kuo MC, Hsiao PN, Moi SH, Chiu YW, Wang SL, et al. Shared decision-making for renal replacement treatment and illness perception in patients with advanced chronic kidney disease. *BMC Med Inform Decis Mak* 2023;23(1):159. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02261-w>
19. Shi Y, Li W, Duan F, Pu S, Peng H, Ha M, et al. Factors promoting shared decision-making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int Urol Nephrol* 2022;54(3):553–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02913-8>
20. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev* 2017;6(1):61. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0454-2>
21. Stern C, Lizarondo L, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, et al. Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBIM Evid Synth* 2020;18(10):2108–18. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00169>
22. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. Ottawa: Canadian Intellectual Property Office; 2018.
23. Muscat DM, Kanagaratnam R, Shepherd HL, Sud K, McCaffery K, Webster A. Beyond dialysis decisions: a qualitative exploration of decision-making among culturally and linguistically diverse adults with chronic kidney disease on haemodialysis. *BMC Nephrol* 2018;19(1):339. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1131-y>
24. Eneanya ND, Maddux DW, Reviriego-Mendoza MM, Larkin JW, Usvyat LA, van der Sande FM, et al. Longitudinal patterns of health-related quality of life and dialysis modality: a national

- cohort study. *BMC Nephrol* 2019;20(1):7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1198-5>
25. Boateng EA, East L, Evans C. Decision-making experiences of patients with end-stage kidney disease regarding treatment in Ghana: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2018;19(1):371. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1175-z>
 26. Velez-Bermudez M, Adamowicz JL, Askelson NM, Lutgendorf SK, Fraer M, Christensen AJ. Disparities in dialysis modality decision-making using a social-ecological lens: a qualitative approach. *BMC Nephrol* 2022;23(1):276. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02905-5>
 27. Han E, Haldane V, Koh JJK, Quek RYC, Ozdemir S, Finkelstein EA, et al. Perspectives on decision making amongst older people with end-stage renal disease and caregivers in Singapore: a qualitative study. *Health Expect* 2019;22(5):1100–10. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12943>
 28. Thomas N, Jenkins K, McManus B, Gracey B. The experience of older people in the shared decision-making process in advanced kidney care. *Biomed Res Int* 2016;2016:7859725. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/7859725>
 29. Selman LE, Bristowe K, Higginson IJ, Murtagh FEM. The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: a qualitative study of communication, information and decision-making. *BMC Nephrol* 2019;20(1):38. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
 30. Sampath R, Seshadri S, Phan T, Allen R, Duberstein PR, Saeed F. Uncovering patient and caregiver goals for goal-concordant care in kidney therapy decisions. *Am J Hosp Palliat Care* 2024;41(11):1350–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/10499091241227242>
 31. Dahm MR, Raine SE, Slade D, Chien LJ, Kennard A, Walters G, et al. Older patients and dialysis shared decision-making: insights from an ethnographic discourse analysis of interviews and clinical interactions. *Patient Educ Couns* 2024;122:108124. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108124>
 32. Montalescot L, Dorard G, Speyer E, Legrand K, Ayav C, Combe C, et al. Patient perspectives on chronic kidney disease and decision-making about treatment: discourse of participants in the French CKD-REIN cohort study. *J Nephrol* 2022;35(5):1387–97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01345-6>
 33. Siamhong P, Sitthi S, Chanwong N, Phongsupa O. Factors associated with the selection of renal replacement therapy among patients with chronic renal failure based on the health belief model in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province. *J Nurs Sci Health Nakhon Phanom Univ* 2023;1(1):12–23. (Thai)

34. Chiang PC, Hou JJ, Jong IC, Hung PH, Hsiao CY, Ma TL, et al. Factors associated with the choice of peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *Biomed Res Int* 2016;2016:5314719. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/5314719>
35. de Jong RW, Stel VS, Rahmel A, Murphy M, Vanholder RC, Massy ZA, et al. Patient-reported factors influencing the choice of kidney replacement treatment modality. *Nephrol Dial Transplant* 2022;37(3):477–88. Available from: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfab059>
36. Sangsee P, Tanatwanit Y, Khunsongkiet W, Muangkum S. Factors related to self-determination to select dialysis modalities in patients with end-stage renal disease. *J Nurs Burapha Univ* 2020;28(3):52–65. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร์

บุบผาชาติ สุขจิรัง พย.บ.* รักชนก โคตรเจริญ ปร.ด.**
วิวัฒน์ เหล่าชัย ปร.ด.*** คุณญา แก้วทันคำ พย.บ.****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการดำเนินชีวิตและสุขภาวะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.95 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการดำเนินชีวิต และสุขภาวะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.68$, $p<0.05$) ซึ่งแสดงถึงการได้รับผลกระทบจากโรคน้อยกว่า และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.36$, $p<0.05$) ซึ่งให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดำเนินชีวิตและสุขภาวะดีขึ้น และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ครอบครัวมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 012/2568 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 20 ตุลาคม 2568

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร์

**อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล rakchanoke.kot@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแพร์

The effects of a family-participatory self-care program on patients with chronic obstructive pulmonary disease at Phrae Hospital

Bubpahchat Sukjirang B.N.S.* Rakchanoke Kotcharoen Ph.D.**

Wiwat Laochai Ph.D.*** Kunnaya Kaewtankham B.N.S.****

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a self-care program with family participation on self-care behaviors and quality of life among patients with COPD at Phrae Hospital. The sample consisted of 60 patients with COPD admitted to the internal medicine ward of Phrae Hospital and was divided into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. The research intervention was a family-participatory self-care program. Data were collected using a demographic questionnaire, the validated COPD Assessment of Life and Well-being (CAT), and COPD Self-Care Behavior Questionnaire. The content validity index (CVI) of these tools were 1.00, 1.00, and 0.95, respectively. Reliability testing of the validated COPD Assessment of Life and Well-being (CAT), and COPD Self-Care Behavior Questionnaire yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.92 and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The research findings showed that after receiving the family-participatory self-care program, the experimental group had significantly lower mean scores on the COPD Assessment Test (CAT) than the control group, which received standard nursing care ($t=0.68$, $p<0.05$), indicating a lower impact of the disease on quality of life and well-being. In addition, the experimental group had significantly higher mean scores for self-care behavior than the control group receiving standard nursing care ($t=-12.36$, $p<0.05$). The findings suggested that the family-participatory self-care program can effectively improve the quality of life and well-being and enhance self-care behaviors among COPD patients.

keywords: family participation; self-care behaviors; chronic obstructive pulmonary disease

Ethical approval: 012/2025, Plagiarism checked, 3 Reviewers

Received 21 May 2025, Revised 30 July 2025, Accepted 20 October 2025

*Registered nurse, Practitioner level, Phrae Hospital

**Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Corresponding author, E-mail: Rakchanoke.kot@mahidol.ac.th

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

****Registered nurse, Senior professional level, Phrae Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะประชากรวัยสูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกกว่า 210 ล้านคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 1.5 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า ในช่วงระยะเวลา 15 ปี ที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 40 คนต่อประชากรแสนคน² นอกจากนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจหรือภาระต่อระบบบริการสุขภาพ³⁻⁴ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคนี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ฝุ่น PM 2.5 และการสัมผัสมลพิษทางอากาศจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะ ควันบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก คิดเป็นร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วย กลไกการเกิดโรคมีความเกี่ยวข้องกับการอักเสบของหลอดลมและเนื้อปอด ทำให้ต่อมขับเมือกสร้างเสมหะมากขึ้น ส่งผลให้หลอดลมเล็กเกิดการอักเสบ มีการโป่งพองของถุงลมภายในปอด ทำให้หลอดลมมีขนาดเล็กลงและความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง หลอดลมหลังเมือกมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เหนื่อยง่ายและการมีอากาศค้างคั่งอยู่ในปอดขณะหายใจออก จนนำไปสู่ภาวะหายใจลำบาก⁵

สถิติจากโรงพยาบาลแพร่ ระบุว่า จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วย 737 ราย 828 รายและ 942 ราย ตามลำดับ ขณะเดียวกันพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหายใจลำบาก เพิ่มขึ้นจาก 316 ราย เป็น 452 ราย ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่าง ร้อยละ 1.08-13.61⁶ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญ⁷ ดังนั้น การส่งเสริมมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว แม้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังคงพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ในระดับสูง โดยโรงพยาบาลแพร่มีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ในปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ ร้อยละ 10.63, 15.63, 12.96 ตามลำดับ⁶ สาเหตุหลักเกิดจากการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การรับรู้บกพร่อง และข้อจำกัดทางร่างกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของโรคและนำไปสู่การกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ การดูแลในเรื่องเหล่านี้ ต้องอาศัยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมอาการและช่วยลดอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมอาการและลดอาการกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการจัดการโรคเรื้อรัง⁹ โดยเฉพาะครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล เพื่อน หรือชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับความเจ็บป่วย สุขภาวะโดยรวมและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย¹⁰ และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น¹¹ จากการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดการโรค และส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด¹²⁻¹³

แม้ว่าการพยาบาลตามปกติในโรงพยาบาลจะมีการสอนเทคนิคการหายใจแบบ pursed-lip breathing การใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี การจัดการกับอาการหอบเหนื่อย โภชนาการและการออกกำลังกาย รวมถึง ช่วยทำกิจวัตรประจำวันเมื่อมีอาการกำเริบ ดูแลการหายใจและความสุขสบาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่อย่างไรก็ตาม แต่ยังมีข้อจำกัดในการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งในงานวิจัยในครั้งนี้ ให้นิยามของครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุน ช่วยเหลือ และร่วมดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่าแนวทางสมาธิบำบัดแบบ SKT สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังลดความรุนแรงอาการของโรคได้ และช่วยให้อาการของโรคสงบขึ้น โดยในการศึกษาในครั้งนี้ จะประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม¹⁶ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁷ โดยเชื่อว่า คนเป็นผู้ที่มีศักยภาพ มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และวางแผนระบบการดูแลตนเองได้ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดและความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการมีเครือข่ายสังคมที่ดี เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้ง ยังส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับภาวะโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ¹⁸ จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุน 3 ด้าน ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้จะนำทฤษฎีที่กล่าวมา เพื่อพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์ ซึ่งจะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและอาการกำเริบของโรค นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์
2. เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินชีวิตและสุขภาวะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินชีวิตและสุขภาวะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีครอบครัว มีส่วนร่วม จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองสูงขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสภาวะต่ำลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁷ ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพ่ง โดยเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถเรียนรู้ วางแผน และดำเนินการดูแลสุขภาพได้หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการพยาบาล ที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลตนเอง และลดการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ผ่านการสนับสนุนจากครอบครัวในบทบาทเชิงสนับสนุนการเรียนรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ โดยผู้ดูแลให้กำลังใจ ดูแลใกล้ชิด และช่วยปรับพฤติกรรม การปฏิบัติตน 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้คำแนะนำ อธิบายข้อมูล ช่วยเพิ่มการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และ 3) ด้านสิ่งของและบริการ โดยจัดหาอุปกรณ์สำหรับติดตาม และผู้ดูแลช่วยจัดบันทึกข้อมูล รวมทั้งพามาตรวจตามนัดหมาย โดยสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 1 เสริมสร้างความรู้และทักษะ เวลา 60 นาที (สัปดาห์ที่ 1)

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ความรู้และสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การพ่น/สูดยา โภชนาการ การหายใจอย่างถูกวิธี
3. แจกสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองและญาติซักถาม สะท้อนปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง
5. สร้างเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ
6. สนับสนุนให้ญาติให้กำลังใจ ให้คำแนะนำข้อมูลเพิ่มเติม และช่วยจัดอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 SKT บำบัด เวลา 25 นาที (สัปดาห์ที่ 1)

1. ให้ความรู้และสาธิตเทคนิคการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1, 3 และ 7
2. ให้กลุ่มทดลองและญาติฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1, 3 และ 7

กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินผล เวลา 30 นาที (สัปดาห์ที่ 8)

1. ติดตามและสอบถามอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติ
2. สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติ

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- การดำเนินชีวิตและสภาวะ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวนประชากร 180 คน ข้อมูลสถิติเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ได้มาจากการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรม G*power ในการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ได้มาโดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยการคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ยงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹⁹ ได้ขนาดของอิทธิพล 0.85 กำหนดค่า $\alpha=0.05$ และค่า $\text{power}=.80$ จากนั้นใช้โปรแกรม G*power คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้ทั้งหมด เท่ากับ 50 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รหัส ICD-10 CODE.J44)
2. อยู่ในระยะสงบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. เข้ากิจกรรมไม่ครบตามกำหนด
2. มีความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของญาติ

1. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทุกกิจกรรม
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดออกของญาติ

1. เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยไม่ครบ
2. ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ พัฒนาโดย Santhupang & Naowsuwan²⁰ ประกอบด้วย การใช้ยา จำนวน 3 ข้อ อาหาร จำนวน 5 ข้อ การป้องกันอาการกำเริบ จำนวน 2 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การฝึกการหายใจ จำนวน 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ 1=ไม่เคยปฏิบัติ 2=นาน ๆ ครั้ง 3=บางครั้ง 4=เกือบทุกครั้ง 5=ทุกครั้ง แปลผล 3 ระดับ คือ คะแนน 15-35 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับน้อย คะแนน 36-55 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับปานกลาง และคะแนน 56-75 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับสูง

3. แบบประเมินการดำเนินชีวิตและสภาวะ (CAT score) เพื่อใช้ประเมินผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วย 8 ข้อ พัฒนาโดย Pothirat et al²¹ ครอบคลุมทั้งอาการทางกาย รวมถึงผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความมั่นใจในการออกนอกบ้าน และคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินตนเอง ตามระดับความรุนแรงของอาการหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา สามารถแปลผลได้ดังนี้ คะแนน 0-10 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคน้อย คะแนน 11-20 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง คะแนน 21-30 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาก คะแนน 31-40 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา และนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.95 ตามลำดับ

2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย เพื่อกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้ง ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินการดำเนินชีวิตและสภาวะ

1.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การซักถามอาการ การให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รายบุคคล ตามสภาพปัญหา

1.3 ภายหลัง 8 สัปดาห์ ขอความร่วมมือกลุ่มควบคุมตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินการดำเนินชีวิตและสภาวะ โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 พบกลุ่มทดลองครั้งแรกที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยจัดให้

กิจกรรมที่ 1 เสริมสร้างความรู้และทักษะ เวลา 60 นาที (สัปดาห์ที่ 1)

1. สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินการดำเนินชีวิตและสภาวะของผู้ป่วย

2. ให้ความรู้และสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การพ่น/สูดยา โภชนาการ การหายใจอย่างถูกวิธี

3. แจกสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองและญาติซักถาม สะท้อนปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง

5. สร้างเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ

6. สนับสนุนให้ญาติให้กำลังใจ ให้คำแนะนำข้อมูลเพิ่มเติม และช่วยจัดอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 SKT บำบัด เวลา 25 นาที (สัปดาห์ที่ 1)

1. ให้ความรู้และสาธิตเทคนิคการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1, 3 และ 7

2. ให้กลุ่มทดลองและญาติฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1, 3 และ 7

กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินผล เวลา 30 นาที (สัปดาห์ที่ 8)

1. ติดตามและสอบถามอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติ

2. สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติ

3. ขอความร่วมมือกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินการดำเนินชีวิตและสุขภาวะ โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 25 โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ paired t-test, independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ 012/2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยในระบบคอมพิวเตอร์ ที่มีการตั้งรหัสผ่านป้องกันการเข้าถึงและนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อรักษาความลับและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีอายุเฉลี่ย 69.23 ปี (SD=7.72) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.70 โดยมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับ E หนึ่งใบสาม ร้อยละ 33.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งพบว่า เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 6-10 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 76.67 และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งหมดหลังเข้าร่วมโปรแกรมในเรื่อง อาหาร การมาตรวจตามนัด และการรับประทานยา

สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.30 มีอายุเฉลี่ย 69.27 ปี (SD=7.57) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.30 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และพบว่า ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.30 มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ E มากกว่าหนึ่งในสาม ร้อยละ 43.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.70 สูบบุหรี่ 1-5 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 มีบุตรเป็นผู้ดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งหมดหลังเข้าร่วมโปรแกรมในเรื่อง อาหาร การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การพ่นยา และการกระตุ้นฝึกหายใจ

ตอนที่ 1 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินชีวิต และสุขภาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.68$, $p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	7.63	3.65	11.10	4.50	-3.27	0.494
หลังทดลอง	7.63	3.12	7.13	2.45	0.68	0.002*

*p-value<.05

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.36$, $p< 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	44.06	2.69	45.06	3.54	-1.23	0.223
หลังทดลอง	44.23	2.50	53.46	3.23	-12.36	0.000*

*p-value<.05

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการดำเนินชีวิตและสุขภาวะและการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.37$, $p<0.05$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.88$, $p< 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตและสุขภาวะและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติ paired t-test (n=30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การดำเนินชีวิตและสุขภาวะ	11.10	4.50	7.13	2.45	6.37	0.00*
การดูแลสุขภาพ	45.06	3.54	53.46	3.23	-15.88	0.00*

*p-value<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เสริมสร้างความรู้และทักษะ กิจกรรมที่ 2 SKT บำบัด และกิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินผล ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการดำเนินชีวิตและสุขภาวะลดลงแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.68$, $p< 0.05$) และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.36$, $p< 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเมื่อมีครอบครัวร่วมเป็นพลังสนับสนุนด้านจิตใจและการปฏิบัติดูแลในชีวิตประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การมาตรวจตามนัด การให้ยา และการกระตุ้นให้ฝึกหายใจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม¹⁷ ที่เน้นความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และบทบาทของผู้ดูแลในการเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักประสบกับภาวะพร่องการดูแลตนเองเนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลในรูปแบบสนับสนุนและให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนทางอารมณ์ การค้นคว้าข้อมูลและอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย กิจกรรมในโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยครั้งที่ 1 เน้นการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้อง การหายใจอย่างถูกวิธี โภชนาการที่เหมาะสม รวมถึงกิจกรรมที่ 2 การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT เพื่อเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ พร้อมทั้งแจกสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการจัดยา เตรียมอาหาร เตือนการนัดพบแพทย์ หรือการฝึกหายใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ยังช่วยสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพ และในกิจกรรมครั้งที่ 3 ซึ่งจัดในสัปดาห์ที่ 8 เน้นการติดตามและสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน รวมถึงการส่งเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการรับฟังสื่อสาร เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และเสริมแรงเชิงบวก อันเป็นกระบวนการที่ช่วยลดภาวะพึ่งพิงและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lorig และ Holman พบว่า การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อน²² ในทำนองเดียวกัน ดวงใจ ดุตัน และรัชณี นามจันทร์ พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีครอบครัวร่วมดูแลสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้า เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ และลดการกลับมารักษาซ้ำ

ในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับรู้ หรือความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵ ที่ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินชีวิตและสุขภาวะลดลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.37.19, p<0.05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและรักษาสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การดำเนินชีวิตและสุขภาวะ (life functioning and well-being) เป็นแนวคิดที่สะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างมีคุณภาพ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมักมีข้อจำกัดในการหายใจ เคลื่อนไหว และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจกรรมในบ้าน การออกไปทำงานหรือเข้าสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนั้น การวัดสุขภาวะและการดำเนินชีวิตจึงเป็นดัชนีสำคัญที่สะท้อนประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจากผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอาการเหนื่อยน้อยลง สามารถจัดการกับการหายใจได้ดีขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีกำลังใจมากขึ้น และมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ซึ่งล้วนเป็นผลจากการที่ครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเตือนการใช้ยา การเตรียมอาหารที่เหมาะสม การพาไปตรวจตามนัด รวมถึงการให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutthivirawan, Apiratanawong & Songthai พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹³ นอกจากนี้ เทคนิคการฝึกแบบ SKT ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม ยังช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มสมาธิในการควบคุมอาการของโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ประกอบด้วย ท่าทางและเทคนิคการหายใจที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ลดความเครียด และส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การนำเทคนิคนี้มาใช้ร่วมกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี หมื่นยา และสุวรรณา มณีจาง พบว่า การใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคและเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ โสตาศรี และวรวิฑู ชมภูพาน พบว่า โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT สามารถลดความเครียดและช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อยได้มีประสิทธิภาพ²⁵ อย่างไรก็ตาม การนำเทคนิคสมาธิบำบัดแบบ SKT มาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสามารถของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การฝึกสมาธิในท่านั่งหรือท่านอนที่สบาย และการใช้เทคนิคการหายใจที่ไม่ซับซ้อน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.88, p<0.05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลมีบทบาทในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน และการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการ ลดอาการกำเริบ และป้องกันการกลับมาซ้ำในโรงพยาบาล โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้รับการออกแบบโดยอิงจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม¹⁷ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ ซึ่งระบุว่า ทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้ หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้สนับสนุนหลักในการช่วยเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น กิจกรรมในโปรแกรมที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้ง ยังมีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมสะท้อนปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีสมุดบันทึกสุขภาพยังช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการติดตามอาการและประเมินพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้ข้อมูล แนะนำ และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยเพิ่มระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁶ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kongpolprom & Chontawan ที่ระบุว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลต่อการใช้อย่างถูกต้องและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จริง²⁷ กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การมีครอบครัวร่วมสนับสนุนในกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการออกแบบบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ และนำโปรแกรมไปบูรณาการร่วมกับ home health care ได้

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลและคลินิกโรคเรื้อรัง
2. หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาชุดความรู้และคู่มือการฝึกปฏิบัติ สำหรับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยมีการติดตามผลต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 3-6 เดือน

References

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. Geneva: World Health Organization;2020 [cited 2024 Jul 8]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. Chest Disease Institute, Department of Medical Services. Report on chronic obstructive pulmonary disease patient statistics. Nonthaburi: Chest Disease Institute;2018. (in Thai)

3. Rodthong C, Nopmaneejumrulers C, Riewpaiboon A. Cost of illness for chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Pharm Sci* 2015;11(2):28–34.
4. Woo L, Smith HE, Sullivan SD. The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the Asia-Pacific region: a systematic review. *Value Health Reg Issues* 2019;18:121–31.
5. Halpin DM, Criner GJ, Papi A, Singh D, Anzueto A, Martinez FJ, et al. Global initiative for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the 2020 GOLD science committee report. *Am J Respir Crit Care Med* 2021;203(1):24–36.
6. Medical Record Unit, Phrae Hospital. Statistics of chronic obstructive pulmonary disease patients, Phrae Hospital. Phrae: Phrae Hospital; 2024. (in Thai)
7. Wongthim S. Effect of a family empowerment program on pulmonary rehabilitation practices among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Royal Thai Army Nurs J* 2017;18(3):23–34. (in Thai)
8. Pasaphanthong S, Phensirinapa N, Thammakul T. Factors influencing self-care behaviors for preventing acute exacerbation among patients with chronic obstructive pulmonary disease at Chumphon Khet Udomsak Hospital, Chumphon Province. *J Health Res Innov* 2023;6(1):26–38. (in Thai)
9. Hanucharurnkul S. Self-care in the context of nursing and the healthcare system in Thailand. *Bull Luxembourg Questions Soc* 2012;29:57–67.
10. Jablotschkin M, Binkowski L, Markovits Hoopii R, Weis J. Benefits and challenges of cancer peer support groups: a systematic review of qualitative studies. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2022;31(6):e13700.
11. Sangngam J, Prasopkittikun T, Nookong A, Pacharn P, Chamchan C. Causal relationships among self-management behaviors, symptom control, health-related quality of life and influencing factors among Thai adolescents with asthma. *Int J Nurs Sci* 2023;10(3):309–17.
12. Shirvani NJ, Ghaffari F, Fotokian Z, Monadi M. Association between perceived family social support and self-care behaviors in elders with chronic obstructive pulmonary disease: a medical center-based study from Iran. *Open Nurs J* 2020;14:1–7.
13. Sutthiviriwan S, Apiratanawong S, Songthai N. Factors predicting self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the next normal. *NU J Nurs Health Sci* 2024;18(2):200–18.
14. Bringsvor HB, Langeland E, Oftedal BF, Skaug K, Assmus J, Bentsen SB. Effects of a COPD self-management support intervention: a randomized controlled trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018;13:3677–88.
15. Boonlee C, Suphapan S. Effect of patient-relative collaboration on self-care behavior modification among uncontrolled hypertension patients in the service area of Phusing Hospital, Sisaket Province. *J Environ Med Public Health* 2023;8(3):427–36. (in Thai)

16. Surangkharat S. The effect of a self-management program and family participation among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Doi Saket Hospital [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020.
17. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem. New York (NY): Springer; 2001.
18. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981;4(4):381–406.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 3rd ed. New York (NY): Routledge; 2022.
20. Santhupang P, Naowsuwan K. Self-care behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease at Na Mom Hospital, Songkhla Province. *J Public Health Health Sci* 2021;4(2):205–18. (in Thai)
21. Pothirat C, Kiatboonsri S, Chuchottaworn C. Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med* 2014;14:193.
22. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1–7.
23. Dujjai D, Namchantra R. Effects of a self-management support program on symptom occurrence and health service utilization among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2024;35(1):83–98. (in Thai)
24. Muenya S, Maneechanmong S. Effects of a self-management program using SKT meditation therapy in older adults at risk of hypertension. *J Nurs Sci Health* 2022;45(1):152–65. (in Thai)
25. Sodasee B, Chomphuphan W. Effects of an SKT meditation therapy program on stress, blood pressure, and heart rate among older adults with moderate stress. *J Boromarajonani Coll Nurs Bangkok* 2023;39(1):47–59. (in Thai)
26. Ngamkham S, Ratanasuwan W, Suthat S. Effects of family participation on self-care behaviors among patients with chronic diseases: a quasi-experimental study. *J Community Health Res* 2021;10(3):182–93.
27. Kongpolprom N, Chontawan R. Effects of a self-care promoting program on health outcomes among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai J Nurs Counc* 2020;35(2):35–47.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน และการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ*

อาทิตยา สุวรรณ พย.ม.** อรพรรณ โตสิงห์ ปร.ด.***

มัตติกา ใจจันทร์ พย.ม.**** คชารัตน์ ปรีชล พย.ม.**** ฐิตานันท์ จิรัชชาลวิทย์ พย.ม.****

บทคัดย่อ

การปลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง และเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแล สาเหตุของการปลัดตกหกล้มเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการเกิดภาวะง่วงนอนตอนกลางวัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน และอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้ม ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ และแบบประเมินระดับความง่วงนอน ใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 393 คน มีอายุระหว่าง 60-87 ปี อายุเฉลี่ย=71.3 ปี (SD=3.4) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) เป็นเพศหญิง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.8 เกิดอุบัติการณ์ในการปลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้ม คือ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การมองเห็นบกพร่อง และการทรงตัวบกพร่อง รวมทั้งลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ และภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน โดยพบว่า ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ตอนกลางคืน ทำให้เกิดอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มมากที่สุด รองลงมา คือ อาการง่วงนอนในตอนกลางวัน และการนอนหลับยาก

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการป้องกันอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับการส่งเสริมการนอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงกลางคืน และแก้ไขปัญหการง่วงนอนตอนกลางวัน

คำสำคัญ: ง่วงนอนในตอนกลางวัน ปัจจัยเสี่ยง ผู้สูงอายุ ปลัดตกหกล้ม

เลขที่จริยธรรมการวิจัย EC 083/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล artitaya.suw@cra.ac.th

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

The association between risk factors, sleep-related characteristics, excessive daytime sleepiness, and falls in older adults*

Artitaya Suwan M.N.S.** Orapan Thosingha Ph.D.***

Mattika Chaichan M.N.S.**** Kacharat Prechon M.N.S.**** Thithanan Jirachatchawanwit M.N.S.****

Abstract

Falls are a major health problem that cause disability in older adults, reduce their quality of life, and increase the burden on caregivers. The causes of falls are due to various risk factors, including daytime sleepiness. This study aimed to investigate the association between risk factors, excessive daytime sleepiness, and the incidence of falls in older adults. Data were collected between October and December 2024, using a questionnaire on personal data and risk factors related to falls, sleep-related characteristics, and Epworth sleepiness scale. Chi-square statistics were used to analyze the data.

The sample consisted of 393 elderly people living in Lak Si community, Bangkok, aged 60-87 years, mean age=71.3 years (SD=3.4), and the majority (65.9%) were female. The study results found that 33.8 % of older adults had an incident of falling. Risk factors associated with falls include gender, age, occupation, income, education level, alcohol consumption, underlying diseases, impaired vision, and impaired balance, as well as sleep pattern, and excessive daytime sleepiness. It was found that sleep pattern, such as waking up during the night, caused the highest incidence of falls, followed by daytime sleepiness and difficulty in falling asleep.

The results of this study suggested that there should be an integrated approach to prevent falls in older adults by reducing and controlling various risk factors and monitoring older adults with risk factors, together with promoting effective sleep at night and solving the problem of daytime sleepiness.

keywords: daytime sleepiness; older adults; falling; risk factor

Ethical approval: EC 083/2023, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 3 April 2025, Revised 7 August 2025, Accepted 17 October 2025

*This research was funded by the Thailand science research and innovation Fund.

**Assistant professor, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy,
Corresponding author, E-mail: artitaya.suw@cra.ac.th

***Associate professor, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

****Lecturer, Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุ มีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุอันดับสอง รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และผู้สูงอายุที่หกล้มมีการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ประมาณ 37.3 ล้านคน โดยร้อยละ 80 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง กลุ่มประเทศที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มประเทศที่อยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก เอเชียตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹ ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 20.69 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ในอีก 20 ปี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 13 ล้านคน และ 19 ล้านคน ตามลำดับ² ซึ่งความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี เฉลี่ยประมาณ 4 ล้านคนต่อปี โดยผู้สูงอายุมากกว่า 10,000 คน บาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก และร้อยละ 20 ของผู้ที่สะโพกหัก มีโอกาสเสียชีวิต ภายใน 1 ปี³ การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการบาดเจ็บ ถลอก ฟกช้ำ และกระดูกหัก เมื่อได้รับการบาดเจ็บทางกาย ทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลัวที่จะเป็นภาระแก่ครอบครัว หลังการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุมักหวาดระแวงกลัวการเดิน หรือไม่กล้าที่จะเดินเนื่องจากกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง เกิดปัญหาการเข้าสังคม แยกตัวจากสังคม ร่วมกับความกังวลหรือกลัวว่าหากเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มเหมือนที่ผ่านมา นอกจากนั้น ยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอันเนื่องจากการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น⁴ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสำรวจและศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มมีหลากหลาย แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล (intrinsic factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (extrinsic factors) โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีความชุกของการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย อายุที่มากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อเมื่อสูงอายุขึ้นมวลกระดูกลดลงร่วมกับข้อและเอ็นข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มีผลต่อการทรงตัว การเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสและการรับรู้ การมองเห็นที่เปลี่ยนแปลงไป ลานสายตาลดลง โรคประจำตัวและโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มโรคทางระบบสมอง เช่น โรคพาร์กินสันเป็นต้น โรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน ข้ออักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง หรือผลกระทบทางหลอดเลือดสมอง ทำให้ความสามารถในการเดินหรือเคลื่อนไหวบกพร่อง เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลนั้น พบว่า การใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับยาทางจิตและประสาท ยาแก้ปวดประสาท และยานอนหลับทำให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มมากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงด้านที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่อันตราย เช่น มีสิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นห้อยลิ้น เป็นต้น⁵⁻⁶ นอกจากนั้น จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ (sleep-related characteristics) และภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน (excessive daytime sleepiness: EDS) มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ⁷⁻⁹

ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุเกิดจากเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางประสาทกายวิภาค ที่มีผลต่อการนอนหลับหลายอย่าง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระยะการตื่น ระยะการหลับแบบ non-rapid eye movement sleep (NREM sleep) และระยะการหลับแบบ rapid eye movement sleep (REM sleep)

ตลอดจนความต่อเนื่องของการนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้การทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง มีภาวะหลงลืม การเคลื่อนไหวลดลง และปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ซึมเศร้า และวิตกกังวลเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และการได้รับบาดเจ็บ¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีงานวิจัยหลายงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ภาวะง่วงนอนในตอนกลางวัน และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจากการศึกษา Ozen และคณะ⁹ พบว่า ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ได้แก่ เวลาการเข้านอน (time of going to sleep) การนอนหลับยาก (difficulty in falling asleep) หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน (waking up during the night) และการง่วงนอนในตอนกลางวัน (daytime sleepiness) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการง่วงนอน (epworth sleepiness scale: ESS)¹¹ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้านอนหลังเวลา 22.00 น. นอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน และมีภาวะง่วงนอนในตอนกลางวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตกหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนน ESS ที่เพิ่มสูงมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ จากการศึกษาภาคตัดขวางของ Kakazu และคณะ⁸ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน (EDS) และความกลัวการพลัดตกหกล้ม (fear of falling) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศบราซิล ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) และภาวะ EDS มีความสัมพันธ์กับการกลัวการพลัดตกหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะ EDS มีโอกาสเกิดการกลัวการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ EDS 3 เท่า

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ¹² การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ¹³ และประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม¹⁴ แต่ยังไม่มีการวิจัยใด ที่เน้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับและหรือมีภาวะง่วงนอนในตอนกลางวัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับตามช่วงการนอนปกติได้ยากขึ้น รู้สึกง่วงนอนในระหว่างวันมากกว่าตอนกลางคืน มีอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักมากขึ้น การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นและถือเป็นเรื่องเร่งด่วน จากสถิติโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนถึง 24,496 คน จากประชากรทั้งหมด 100,360 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁵ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ ๆ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ตั้งอยู่ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ คือ ความเป็นเลิศด้านการวิจัยนวัตกรรมที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพในระดับชาติและสากล โดยการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ ร่วมกับการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580)¹⁶ รองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกทุกมิติ กลุ่มผู้วิจัยเป็นอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้น จึงสนใจศึกษาปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ และภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวันที่มีความสัมพันธ์ในการพลัดตกหกล้ม

ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเมืองในอันดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ และภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน กับ การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้พัฒนารอบแนวคิดมาจากการศึกษาของ Ozen และคณะ⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงและภาวะง่วงนอนในเวลากลางวันต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการหกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การทรงตัวบกพร่อง และการมองเห็นบกพร่อง ปัจจัยด้านลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ประกอบด้วย เวลาการเข้านอน การนอนหลับยากหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน และอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน และปัจจัยเกี่ยวกับภาวะง่วงนอนในตอนกลางวันมากผิดปกติ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามระดับความง่วงนอน (epworth sleepiness scale: ESS)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ภาวะง่วงนอนในตอนกลางวัน ที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 ท่าน มีส่วนร่วมในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือกเข้าประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง มีเชื้อชาติไทย มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหันในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน (yamane) ที่ค่าความคลาดเคลื่อน (e) 0.05¹⁷ โดยขนาดประชากร (n) คือ 22,999 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 393 คน การสุ่มตัวอย่างจะแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) แบ่งเป็น 2 แขวง ได้แก่ แขวงตลาดบางเขน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 112 คน และแขวงทุ่งสองห้อง จำนวน 281 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ ประวัติการใช้ยา ประวัติการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การทรงตัวบกพร่อง และการมองเห็นบกพร่อง ประวัติการใช้ยา ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) รวมจำนวน 14 ข้อ

2. แบบสอบถามลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ (sleep-related characteristics) ดัดแปลงมาจาก Ozen และคณะ⁹ ประกอบด้วย เวลาการเข้านอน (time of going to sleep) การนอนหลับยาก (difficulty in falling asleep) หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน (wake after sleep onset :WASO) และอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน (daytime sleepiness) ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ รวมจำนวน 4 ข้อ

3. แบบสอบถามระดับความง่วงนอน (epworth sleepiness scale: ESS) พัฒนาโดย Banhira และคณะ¹¹ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการง่วงนอนหรือโอกาส ในการผล็อยหลับ ในช่วงกลางวันภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกันแบบสอบถาม ประกอบด้วย คำถาม 8 ข้อ โดยเกณฑ์การให้ คะแนนมี 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่มีความเป็นไปได้ที่จะงีบหลับหรือเผลอหลับ 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้เล็กน้อย (นาน ๆ ครั้ง) 2 หมายถึง มีความเป็นไปได้ปานกลาง และ 3 หมายถึง มีความเป็นไปได้สูง (ประจำ) ดังนั้น คะแนน ESS จึงอยู่ ในช่วง 0-24 คะแนน คะแนนรวมที่มากกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีภาวะง่วงนอนมาก ระหว่างวัน แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะหลับฉับพลัน (sleep attack) ประกอบด้วย ท่านเคยมีประสบการณ์ หลับขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้สมาธิ เช่น ขับรถ รับประทานอาหาร ทำงาน หรือไม่ แบบสอบถามนี้ นำมาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษา เพื่อหาความเที่ยงและความถูกต้อง พบว่า มีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87¹¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม และลักษณะ พฤติกรรมในการนอนหลับ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (item objective congruence index :IOC) โดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้ค่าตั้งแต่ 0.5-1.0 หลังจากนั้น ได้นำ เครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา ความเที่ยงของเครื่องมือสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) โดยแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มได้ 0.81 และแบบสอบถามลักษณะพฤติกรรม ในการนอนหลับได้ 0.82 ตามลำดับ แล้วจึงมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยการประชุม เพื่อทำความเข้าใจ ในวิธีการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบคัดกรอง สาทิตการคัดกรองให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลสาธิต ย้อนกลับการคัดกรอง ผู้วิจัยลงพื้นที่กับผู้ช่วยเก็บข้อมูลเพื่อให้ทดลองเก็บข้อมูล และคัดกรองจนกว่าจะมั่นใจ ได้ว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลสามารถคัดกรองผู้สูงอายุได้ตามแบบคัดกรองอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 393 คน และอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ อธิบายเครื่องมือวิจัย หลังจากนั้นได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยถามคำถามแล้วแจกแบบสอบถาม ดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคนช่วยเหลือในการตอบ แบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล ประมาณ 15-30 นาทีต่อราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

ของข้อมูล โดยนำแบบสอบถามที่ได้เก็บมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์และจัดเก็บให้มิดชิด มีความปลอดภัย บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เก็บมาได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม IBM SPSS version 26 for window จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และประมวลผลนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม และระดับความง่วงนอน รวมทั้งการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ระดับความง่วงนอนในตอนกลางวัน กับการพลัดตกหกล้ม ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยได้รับการอนุมัติหมายเลข EC 083/2566 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2568 เมื่อได้รับรองแล้วผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขตหลักสี่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 393 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ย 71.3 ปี (SD=3.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี (ร้อยละ 49.4) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 73) รายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 58.2) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.4) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 17.8) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.3) สำหรับอุบัติการณ์ในการพลัดตกหกล้ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.8 (n=133) มีประวัติการล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการพลัดตกหกล้ม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <0.05 ได้แก่ เพศหญิง ช่วงอายุ 70-79 ปี ไม่ได้ทำงาน รายได้น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคประจำตัว (โรคประจำตัวที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ) รวมทั้งการมองเห็นบกพร่อง และการทรงตัวบกพร่อง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐาน	มีประวัติพลัดตกหกล้ม ใน 6 เดือนที่ผ่านมา		ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ใน 6 เดือนที่ผ่านมา		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					<0.001*
ชาย	64	48.1	70	26.9	
หญิง	69	51.9	190	73.1	
อายุ (ปี)					0.001*
60-69	47	35.3	147	56.5	
70-79	67	50.4	97	37.3	
≥80	19	14.3	16	6.2	
min=60, max= 87, $\bar{X}$ =71.3, SD=3.4					
อาชีพ					0.01*
ข้าราชการบำนาญ	4	3	9	3.5	
ไม่ได้ทำงาน	110	82.7	187	72	
ธุรกิจส่วนตัว	6	4.5	28	10.8	
รับจ้าง	13	9.8	36	13.9	
รายได้ (บาท/เดือน)					0.01*
<2,000	77	57.9	105	40.3	
2,000-5,000	32	24	80	30.8	
>5,000	24	18.1	75	28.9	
ระดับการศึกษา					<0.01*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	85	63.9	140	53.8	
มัธยม	28	21	48	18.4	
ปวช./อนุปริญญา	9	6.8	44	16.9	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	7.5	23	8.9	
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์					<0.001*
ไม่เคยดื่ม	69	51.9	231	89	
เคยดื่มปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	43	32.3	14	5.4	
ดื่ม	21	15.8	14	5.4	
โรคประจำตัว					<0.001*
มี	121	91	179	69	
ไม่มี	12	9	81	31	
การทรงตัวบกพร่อง					<0.001*
ใช่	110	82.7	35	13.5	
ไม่ใช่	23	17.3	225	86.5	
การมองเห็นบกพร่อง					<0.001*
ใช่	94	70.7	77	29.6	
ไม่ใช่	39	29.3	183	70.4	

Note. *statistically significant at $p<.05$

ผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับและการปลัดตกหกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพฤติกรรมการนอนหลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ตอนกลางคืน เกิดอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ง่วงนอนในตอนกลางวัน และ พฤติกรรมนอนหลับยาก (ทั้งหมด <0.001) ส่วนพฤติกรรมการเข้านอนหลังเวลา 22.00 น. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้ม นอกจากนั้น พบว่า ภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวันมีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้ม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนของ ESS >10 คะแนน มีแนวโน้มที่จะเกิดการปลัดตกหกล้มมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับคะแนนของ ESS ≤ 10 คะแนน (ทั้งหมด <0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ ระดับง่วงนอนในตอนกลางวัน
กับการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ลักษณะพฤติกรรมในการนอนหลับ	มีประวัติปลัดตกหกล้ม ใน 6 เดือนที่ผ่านมา		ไม่มีประวัติปลัดตกหกล้ม ใน 6 เดือนที่ผ่านมา		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เวลาการเข้านอน (เข้านอน หลังเวลา 22.00)					0.07
ไม่ใช่	65	48.8	153	58.8	
ใช่	68	51.2	107	41.2	
นอนหลับยาก					
ไม่ใช่	66	49.6	184	70.8	$<0.001^*$
ใช่	67	50.4	76	29.2	
หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นบ่อยในตอน กลางคืน					$<0.001^*$
ไม่ใช่	10	7.5	229	88	
ใช่	123	92.5	31	12	
มีอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน					$<0.001^*$
ไม่ใช่	16	12	165	63.5	
ใช่	117	88	95	36.5	
ระดับความง่วงนอนในตอนกลางวัน (ESS) (mean $\pm$ SD)	(11.2 $\pm$ 1.4)		(4.2 $\pm$ 2.6)		$<0.001^*$

Note. *statistically significant at $p<.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้ม ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 33.8 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา คือ ร้อยละ 26.5¹⁸⁻²⁰ โดยอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากโครงสร้างของประชากร ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปลัดตกหกล้ม พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะหกล้มมากกว่าเพศชายถึง 1.3 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 31 การวิจัย พบว่า เพศหญิง มีอัตราการปลัดตกหกล้มสูงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีการสร้าง

ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia)²¹⁻²² ซึ่งถือเป็นสาเหตุของการเกิดการหกล้ม อายุมีความสัมพันธ์กับการหกล้ม โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในหลายการศึกษา เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นอวัยวะของร่างกายก็จะเสื่อมลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่นของข้อต่อลดลง ส่งผลให้การทรงตัวบกพร่อง เกิดการหกล้มได้ง่าย²¹ อาชีพมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงาน มีความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา²³⁻²⁴ การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน (home bound) เกือบตัว ว่างาน ถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวัน สูญเสียบทบาทในการตัดสินใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจ และกลัวการหกล้ม เป็นสาเหตุทำให้เกิดโอกาสในการพลัดตกหกล้มได้²⁵ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือจากลูกหลาน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุคนที่มีรายได้น้อย (low income) และ มาตรฐานการครองชีพต่ำ (low standard of living) มีโอกาสเกิดการหกล้มสูงกว่า ผู้สูงอายุคนที่มีรายได้สูง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรด้านการแพทย์ (healthcare resources) ได้จึงเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม^{24,26} ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kittipimpanon และคณะ²⁷ พบว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

ผู้สูงอายุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และปัจจุบันยังดื่มอยู่ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ²⁸ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับการพลัดตกหกล้มในผู้ใหญ่วัยกลางคน และผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบันยังดื่มอยู่ในปริมาณปานกลาง และปริมาณมาก มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูงกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยดื่มเลย โดยการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการสะสมของเอทานอล (ethanol) ภายในร่างกายในปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของปลายประสาท เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง (alcohol-related myopathy) ทำให้การเดินและการทรงตัวผิดปกติ รวมทั้ง เกิดการเสื่อมถอยของการรับรู้²⁹⁻³⁰

ผลการวิจัย พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่า โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเพิ่มอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนปลายประสาทอักเสบ มีการเปลี่ยนแปลง การมองเห็นจากภาวะเบาหวานขึ้นจอตา เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาอินซูลิน เพิ่มโอกาสในการหกล้ม ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและเบาหวาน ดังนั้น ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจส่งผลทางอ้อมต่อการหกล้ม^{18,31} นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ พบว่า การทรงตัวและการมองเห็นที่บกพร่อง มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับหลายการศึกษา ผลการศึกษาของ Ouyang และคณะ³² พบว่า ความผิดปกติของการทรงตัวและการเดินสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในสูงอายุที่มีความบกพร่องทางสายตา โดยผู้สูงอายุที่มีลักษณะการทรงตัวไม่ดี ประคองตัวไม่ได้ขณะก้าวเดินและมีลักษณะการเดินช้า ๆ ก้าวเท้าสั้น ๆ มีแนวโน้มที่จะหกล้มได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะจอประสาทตาเสื่อม

ลานสายตาแคบ การมองเห็นบกพร่อง มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเดินได้ช้าลง ทรงตัวได้ไม่ดี

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะพฤติกรรมการนอนหลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ตอนกลางคืน การนอนหลับยาก และภาวะง่วงนอนในตอนกลางวัน มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blajovan และคณะ³³ ที่พบว่า ลักษณะการนอนหลับที่ผิดปกติ การถูกรบกวนขณะนอนหลับเป็นประจำทุกคืน การนอนหลับได้ในระยะสั้นจนทำให้หลับไม่ได้ตลอดคืน มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษารองอื่น ๆ ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมิน Pittsburgh sleep quality index (PSQI) กับการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนแล้ว นานกว่า 30 นาที การตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ รู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าเวลาที่ตั้งใจไว้ การฝันร้ายหรือนอนกรนรบกวนการนอนหลับ และปัญหาง่วงนอนหรือเผลอหลับขณะขับขี่ยานพาหนะ ขณะรับประทานอาหาร หรือขณะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม³⁴⁻³⁵ โดยคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลในด้านลบต่อการทำงานของสมองในส่วน cerebral cortex ที่ควบคุม ความมีสมาธิจดจ่อ ความกระตือรือร้น และการรู้คิด รวมทั้งส่งผลให้การทรงตัวบกพร่อง ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้³⁶ นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพการนอนหลับในเวลากลางคืนที่ไม่ดีอย่างต่อเนื่อง เพิ่มโอกาสในการง่วงนอนมากผิดปกติและเผลอหลับในระหว่างวัน (excessive daytime sleepiness: EDS) ซึ่งภาวะนี้ แสดงอาการได้หลายรูปแบบ ทั้งชั่วคราวและเรื้อรัง ส่งผลเสียต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงเวลากลางวัน และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้ม^{7,37-38} ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนน epworth sleepiness scale (ESS) มากกว่า 10 คะแนน มีแนวโน้มที่จะเกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา^{9,33,37} นอกจากนั้น ผลการศึกษาของ Soysal และคณะ³⁹ ยังพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะ EDS ในผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 5 คน โดยภาวะ EDS มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มและการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยืนยันว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ และพบได้ถึงร้อยละ 33.8 ในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การมีโรคประจำตัว การมีปัญหานอนหลับ และการมีภาวะง่วงนอนมากในตอนกลางวัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ได้แก่ การควบคุมการกำเริบของโรคเรื้อรังต่าง ๆ และการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษาโดยเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่า โรคหรือพยาธิสภาพเหล่านี้ควบคุมได้ด้วยการดูแล รักษาตนเองอย่างต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมโรคจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

2. ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับและให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมการนอน จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน เลี่ยงการใช้สื่อออนไลน์ในช่วงเวลาที่เข้านอน สำหรับผู้สูงอายุที่มักต้องตื่น เพื่อเข้าห้องน้ำระหว่างนอนในช่วงกลางคืน ควรปรับเรื่องการควบคุมปริมาณน้ำดื่มช่วงก่อนนอน ประมาณ 2-3 ชั่วโมง

3. ประเมินภาวะง่วงนอนในตอนกลางวันในผู้สูงอายุทุกคน เมื่อพบให้ประเมินโดยละเอียดถึงสาเหตุที่แท้จริงและแก้ไขให้ตรงกับสาเหตุนั้น ๆ หากมีอาการรุนแรงจนรบกวนการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ควรส่ง

ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

4. การศึกษานี้ มีข้อจำกัดของตัวแปรด้านปัจจัยเสี่ยงในการใช้ยา ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาหรือการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลผลกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในสังคมไทยที่มีการซื้อยากินเองหรือการแบ่งปันยากันเอง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมทั้งการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

References

1. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [updated 2025; cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Department of Older Persons. Elderly statistics: September 2024 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2024 [cited 2025 Jan 17]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559 (in Thai)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Fall data [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=> (in Thai)
4. Appeadu MK, Bordoni B. Falls and fall prevention in older adults [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761>
5. Vaishya R, Vaish A. Falls in older adults are serious. Indian J Orthop. 2020;54(1):69–74.
6. Nugraha S, Sabarinah S, Susilowati IH, Rahardjo TB. Intrinsic and extrinsic risk factors for falls among community-dwelling Indonesian elderly. Open Access Maced J Med Sci 2022;10(B):619–24.
7. Lee S, Chung JH, Kim JH. Association between sleep quality and falls: a nationwide population-based study from South Korea. Int J Gen Med 2021;14:7423–33.
8. Kakazu VA, Pinto RZ, Dokkedal-Silva V, Fernandes GL, Luiz G, Gobbi C, et al. Does poor sleep quality and excessive daytime sleepiness influence fear of falling among older adults? A cross-sectional study. Sleep Biol Rhythms 2022;20(2):287–95.
9. Ozen B, Demir G. A determinant for falls and risk factors in the elderly: daytime sleepiness. Int J Caring Sci 2020;13(1):732–6.
10. Fitzroy AB, Jones BJ, Kainec KA, Seo J, Spencer RMC. Aging-related changes in cortical sources of sleep oscillatory neural activity following motor learning reflect contributions of cortical thickness and pre-sleep functional activity. Front Aging Neurosci 2021;13:1–20.
11. Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumrulers C, Metheetrairut C. Epworth Sleepiness Scale in obstructive sleep-disordered breathing: reliability and validity of the Thai version. Sleep Breath 2011;15:571–7. (in Thai)
12. Khowhit D, Kumvan W, Dana K, Kumsom C. Factors related to fall prevention behaviors among older adults in rural communities, Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province.

- Nurs J Minist Public Health 2023;33:131-45. (in Thai)
13. Hongchuvech Y. Reducing the risk factors of falls in the elderly. EAU Herit J Sci Technol 2024;18:32-43. (in Thai)
 14. Suankool P, Intayos H. The effectiveness of a fall prevention model among community-dwelling elderly. J Phrae Hosp 2023;31:27-42. (in Thai)
 15. Department of Older Persons. General information for the elderly [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2025 Jan 17]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559 (in Thai)
 16. Department of Older Persons. Elderly Action Plan Phase 3 (2023-2037) [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2024 [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843> (in Thai)
 17. Yates F. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1967.
 18. Hassan DAA, Chivese T, Alhussaini NWZ. Prevalence and factors associated with falls in older adults in a Middle Eastern population: a retrospective cross-sectional study. Public Health 2024;233:54-9.
 19. Tavan H, Azadi A. The frequency of falls, fear of falling and related factors among Iranian elderly: a systematic review and meta-analysis. Int J Afr Nurs Sci 2024;20:1-8.
 20. Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2022;17(1):1-13.
 21. Li Y, Hou L, Zhao H, Xie R, Yi Y, Ding X, et al. Risk factors for falls among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Med 2023;9:1-13.
 22. Buckinx F, Leheudre MA. Sarcopenia in menopausal women: current perspectives. Int J Womens Health 2022;14:805-19.
 23. Devassy SM, Scaria L. Prevalence and risk factors for falls in a community-dwelling older population in Kerala: results from a cross-sectional survey. Heliyon 2023;9(8):1-6.
 24. Bhoomika V, Chandrappa M, Reddy MM. Prevalence of falls and associated risk factors among the elderly living in a rural area of Kolar. J Fam Med Prim Care 2022;11(7):3956-60.
 25. Wattanaprapajit S. Development of self-management models to promote the health of homebound elderly at risk of falling in Nong Wang Village, Maha Sarakham Province. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off 2024;8(17):137-57. (in Thai)
 26. Ha VAT, Nguyen TN, Nguyen TX, Nguyen HTT, Nguyen TTH, Nguyen T, et al. Prevalence and factors associated with falls among older outpatients. Int J Environ Res Public Health 2021;18(8):1-11.
 27. Kittipimpanon K, Kraithaworn P. Association between personal factors, health status, and health literacy regarding falls with fall prevention behaviors among community-

- dwelling older adults. *Rama Nurs J* 2021;27(3):331–42. (in Thai)
28. Sun Y, Zhang B, Yao Q, Ma Y, Lin Y, Xu M, et al. Association between usual alcohol consumption and risk of falls in middle-aged and older Chinese adults. *BMC Geriatr* 2022;22(1):1–11.
 29. apantoniou M, Rentzos M, Zampelis T, Tzavellas E, Paparrigopoulos T, Kokotis P. Alcohol-related peripheral neuropathy: clinico-neurophysiological characteristics and diagnostic utility of neuropathy symptom and impairment scores. *Alcohol* 2024;117:65–71.
 30. Simon L, Bourgeois BL, Molina PE. Alcohol and skeletal muscle in health and disease. *Alcohol Res* 2023;43(1):1–15.
 31. Yasa KA, Negara AAGAP, Kamayoga DGA. Hypertension and falls in the elderly: a literature review. *Kinesiolog Physiother Compr* 2024;3(1):6–9.
 32. Ouyang S, Zheng C, Lin Z, Zhang X, Li H, Fang Y. Risk factors of falls in elderly patients with visual impairment. *Front Public Health* 2022;10:1–11.
 33. Blajovan MD, Arnăutu DA, Malita DC, Tomescu MC, Faur C, Arnăutu SF. Fall risk in elderly with insomnia in Western Romania: a retrospective cross-sectional study. *Medicina (Kaunas)* 2023;59(4):1–12.
 34. Ghobadimehr A, Pasha H, Hosseini SR, Bijani A. Relationship between sleep quality and falls among elderly people in Amirkola, Northern Iran. *J Educ Community Health* 2022;9(2):94–100.
 35. Salis F, Lecca R, Belfori M, Figorilli M, Casaglia E, Congiu P, et al. Sleep quality, daytime sleepiness, and risk of falling: results from an exploratory cross-sectional study. *Eur Geriatr Med* 2023;15(6):1–8.
 36. Paillard T. Detrimental effects of sleep deprivation on the regulatory mechanisms of postural balance: a comprehensive review. *Front Hum Neurosci* 2023;17:1–11.
 37. Yared L, Rodrigues K, Mangal R, Stead TS, Ganti L. Sleep hygiene, daytime sleepiness, and coping mechanisms among US adults. *Cureus* 2023;15(9):1–8.
 38. Philip P. Excessive daytime sleepiness versus sleepiness at the wheel: differentiating global from situational sleepiness to better predict sleep-related accidents. *Sleep* 2023;46(11):1–2.
 39. Soysal P, Smith L, Tan SG, Capar E, Veronese N, Yang L. Excessive daytime sleepiness is associated with an increased frequency of falls and sarcopenia. *Exp Gerontol* 2021;150:1–10.

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ "โค้ชสุขภาพ" และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*

ภูมิชัย ตะโนนศรี ส.บ.** นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ ส.ด.***

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย แต่พบว่าจำนวนมากมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ โค้ชสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายดัชนีมวลกายและรอบเอวในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two-group pretest-posttest quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการ 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test และ multiple linear regression ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 13.93 เป็น 16.93 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบลดลง (mean difference 4.03; 95% CI: 3.22-4.85; $p < 0.001$) ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลง จาก 27.89 เป็น 26.53 กก./ม.² (mean difference 1.74; 95% CI: 1.04-2.11; $p < 0.001$) และรอบเอวลดลงจาก 96.84 เป็น 95.46 ซม. (mean difference 1.49; 95% CI: 0.72-2.26; $p < 0.001$)

การวิจัยนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับระบบโค้ชสุขภาพส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ การเพิ่มสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปรับปรุงตัวชี้วัดทางสรีรวิทยา ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษานี้ คือ การประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนทางสังคม "Buddy เพื่อนรักสุขภาพ" ร่วมกับนวัตกรรมดิจิทัล "HUG SUKKAPARP" ในรูปแบบเว็บแอป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ โค้ชสุขภาพ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย แรงสนับสนุนทางสังคม รอบเอว

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672164 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 27 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 22 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 28 พฤษภาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงาน ทุกช่วงวัย ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล natnpa@kku.ac.th

Effectiveness of health literacy programs with "health coaches" and social support to promote exercise behaviors among village health volunteers*

Phumichai Tanonsri B.P.H. ** Natnapa Heebkaew Patchasuwan Dr.P.H.***

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in Thailand's public health system. However, many have been found to be overweight and obese, putting them at risk for chronic non-communicable diseases. This research aimed to evaluate the effectiveness of an integrated health literacy program with health coaches on exercise behaviors, body mass index, and waist circumference among Village Health Volunteers. This study employed a quasi-experimental design using a two-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 64 overweight Village Health Volunteers, divided into experimental and comparison groups of 32 participants each. The program was implemented over 10 weeks. Data were analyzed using paired t-test and multiple linear regression. Results showed that the experimental group had significantly higher health literacy scores than the comparison group. Exercise behavior in the experimental group increased from 13.93% to 16.93%, while decreasing in the comparison group (Mean difference 4.03; 95% CI: 3.22-4.85; $p<0.001$). Body mass index in the experimental group decreased from 27.89 to 26.53 kg/m² (mean difference 1.74; 95% CI: 1.04-2.11; $p<0.001$), and waist circumference decreased from 96.84 to 95.46 cm (mean difference 1.49; 95% CI: 0.72-2.26; $p<0.001$).

This study concludes that the integrated health literacy program with a health coach system had significant positive effects on elevating health literacy, increasing exercise behavior, and improving physiological indicators. Key success factors included the application of the "Buddy Health Friend" social support system together with the digital innovation "HUG SUKKAPARP" web application.

keywords: health literacy; health coach; body mass index; exercise behavior; social support; waist circumference

Ethical approval: HE672164, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 27 March 2025, Revised 22 May 2025, Accepted 28 May 2025

*This research was supported by The Development of Health Promotion for Prevention of Non Communicable Disease for Working All Aged People, funded by the Fundamental Fund of Khon Kaen University from National Science, Research and Innovation Fund or NSRF, Thailand

*A student of master of public health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**Associate professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: natnpa@kku.ac.th

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพของประชากรทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ รวมถึงระดับท้องถิ่น¹ สาเหตุหลักของโรคอ้วนเกิดจากการสะสมของไขมันในร่างกายอย่างผิดปกติหรือมากเกินไป ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังหลากหลายชนิด อาทิ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนโรคเมตาบอลิก² จากสถิติในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกสูงถึง 2.8 ล้านคนต่อปี³ โดยมีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า 1.9 พันล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคอ้วนถึง 650 ล้านคน⁴ ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ชี้ให้เห็นว่า ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า⁵ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน พบว่า ไทยมีอัตราโรคอ้วนสูงเป็นอันดับสองรองจากมาเลเซีย⁶ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 33.9 ในเพศชาย และร้อยละ 45.3 ในเพศหญิง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ⁷ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคอ้วนสูงถึง ร้อยละ 39.7 ซึ่งถือเป็นอัตราที่น่าเป็นห่วง⁸ จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ประสบปัญหาโรคอ้วนในระดับที่สูง ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รายงานว่า บุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ของจังหวัดอุดรธานี มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึง ร้อยละ 42.3 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชาชนทั่วไปในจังหวัดที่อยู่ที ร้อยละ 35.8⁹ ถือเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วนเนื่องจาก อสม. เป็นผู้นำด้านสุขภาพและเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชน จากข้อมูลของ Health data center พบว่า อำเภอแก้วแก้ว มีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 29.65 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 31.16 ในปี พ.ศ. 2564 และพบว่า ความชุกของโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 33.34 ในปี พ.ศ. 2566¹⁰ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด นอกจากนี้ พบว่า อำเภอแก้วแก้วมีอัตราการออกกำลังกายที่ต่ำกว่าอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดอุดรธานี ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการออกกำลังกาย จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุข¹¹ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้วแก้ว พบว่า อสม. ในพื้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนถึง ร้อยละ 40 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป¹² การศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่ม อสม. ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในอำเภอแก้วแก้ว พบว่า ร้อยละ 73.5 ของ อสม. มีความกังวลว่าภาวะน้ำหนักเกินของตนเองจะส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน¹³ การที่ อสม. ประสบปัญหาโรคอ้วนหรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ความน่าเชื่อถือ และประสิทธิภาพในการทำงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน¹⁴ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ¹⁵ โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิด V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ¹⁶ การนำหลักการของการโค้ชสุขภาพ (health coach) มาปรับใช้ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ¹⁷ โดยการโค้ชสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างความแข็งแรงใจ การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ¹⁸ แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีความเหนียวแน่นทางสังคมสูง ตามแนวคิดของ House แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร¹⁹ ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยของสมชาย ลีทองอิน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคอ้วน²¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดน้ำหนัก ลดเส้นรอบเอว และปรับปรุงองค์ประกอบของร่างกาย²² อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้ว พบประชากรในพื้นที่มีอัตราการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 25 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ในยุคดิจิทัลปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญมากขึ้น²³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แอปพลิเคชันที่คุ้นเคยและเข้าถึงได้ง่าย สำหรับประชาชน เช่น Line official account ซึ่งมีผู้ใช้งานในประเทศไทยมากกว่า 50 ล้านคน²⁴ การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันที่ฝังอยู่ใน Line official account จึงเป็นนวัตกรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของคนไทย และช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญหลายประการ กล่าวคือ 1) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน แต่ยังมีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. เองโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเสี่ยงต่อโรคอ้วน²⁵ 2) แม้จะมีหลักฐานว่า อสม. ในอำเภอแก้วมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึง ร้อยละ 40 แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว²⁶ 3) การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่ม อสม. มักจะแยกส่วนระหว่างแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ การโค้ช และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยไม่ได้บูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ²⁷ 4) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในกลุ่ม อสม. ที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านเวลา ทักษะ และทรัพยากร ยังเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติม²⁸⁻²⁹

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว โดยการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการโค้ชสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" และแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษานี้จะมีนัยสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ โดยจะเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และสามารถนำไปขยายผลเพื่อยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการะงับประมาณด้านสุขภาพในระยะยาว

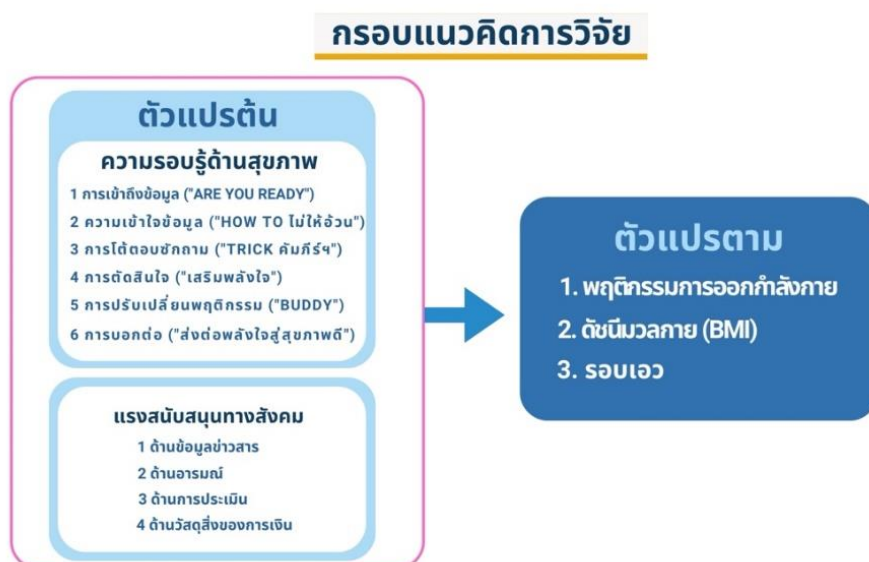
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" ในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายต่อการลดดัชนีมวลกายและรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบ V-shape และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมี

การกำหนดตัวแปรต้น คือ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบ V-shape 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร และ 3) นวัตกรรมดิจิทัล "HUG SUKKAPARP" บนแพลตฟอร์ม Line official account สำหรับตัวแปรตาม ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก การเข้าใจข้อมูลสุขภาพควบคุมน้ำหนัก การได้ตอบคำถาม แลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก การตัดสินใจแลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย วัดจากความถี่ ระยะเวลา และความเข้มข้นของการออกกำลังกาย และ 3) ตัวชี้วัดทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอว การวิจัยนี้จะประเมินผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีสมมติฐานว่า โปรแกรมจะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่ม การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยมีประชากรเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 25-29.9 กก./ม²) ในเขตอำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 479 คน จำแนกเป็น 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านจืด จำนวน 119 คน ตำบลคอนสาย จำนวน 142 คน ตำบลโนนทองอินทร์ จำนวน 118 คน และตำบลภูแก้ว จำนวน 100 คน ดำเนินการ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างระดับพื้นที่ ผู้วิจัย

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากเพื่อเลือก 2 ตำบล จากทั้งหมด 4 ตำบล ในอำเภอภูแก้ว ได้แก่ ตำบลบ้านจืด และตำบลคอนสาย จากนั้นกำหนดให้ตำบลบ้านจืดเป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และตำบลคอนสายเป็นพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ การแยกพื้นที่ช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ซึ่งเป็นการเพิ่มความตรงภายใน (internal validity) ของงานวิจัย ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละตำบลที่สุ่มได้ ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรอง อสม. ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ อายุระหว่าง 25-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 25-29.9 กก./ม² สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้แอปพลิเคชัน Line ได้ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และไม่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักอื่น ผลการคัดกรองพบ อสม. ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ในตำบลบ้านจืด จำนวน 71 คน และตำบลคอนสาย จำนวน 85 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตำบลละ 32 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน

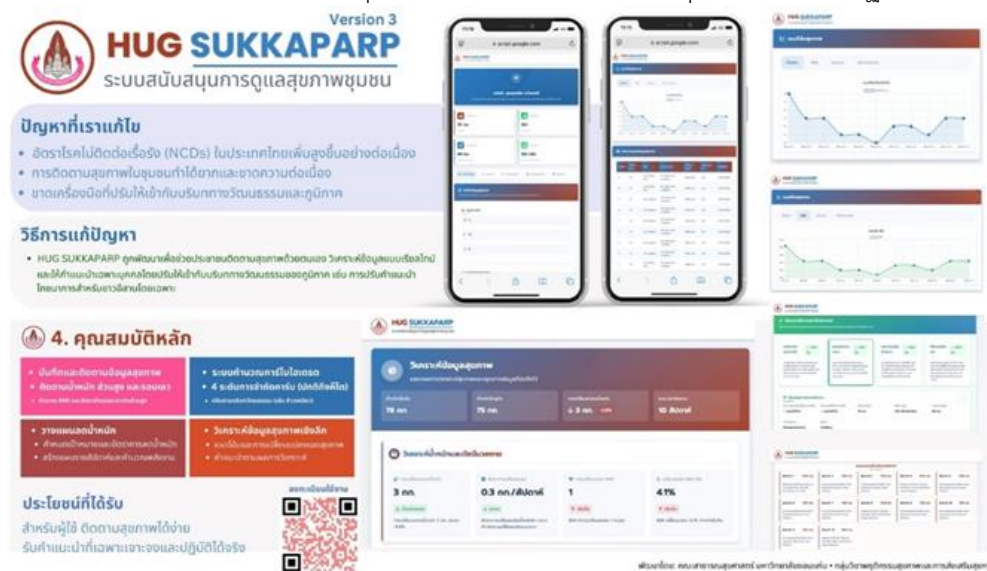
การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของเอื้อจิต สุขพล และคณะ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z\alpha=1.64$) และอำนาจการทดสอบ 90% ($Z\beta=1.28$) ผลการศึกษาดังกล่าว พบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 51.37 (SD=4.37) และในกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 47.10 (SD=6.26) คำนวณความแปรปรวนร่วม (pool variance) ได้เท่ากับ 29.13 จากสูตร $n/\text{group}=[2(29.13)(1.64+1.28)^2]/(51.37-47.10)^2=27.25\approx 28$ คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการติดตาม จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง 32 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 64

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโค้ชสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพรูปแบบ V-shape และแรงสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยบูรณาการการควบคุมอาหาร (80%) ร่วมกับการออกกำลังกาย (20%) ประกอบด้วย 1) โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" และแรงสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมพัฒนาตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพรูปแบบ V-shape และแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) กิจกรรม "Are you ready" (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 120 นาที เป็นการสืบค้นข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย โค้ชสอนวิธีการค้นหาและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำการใช้งาน Line official account "Hug Sukkaparp" เบื้องต้น 2) กิจกรรม "how to ไม่ให้อ้วน" (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 120 นาที เน้นสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วนและการดูแลสุขภาพผ่านการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ รวมถึงการอ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลตรวจสุขภาพ 3) กิจกรรม "trick คัมภีร์ดูแลสุขภาพ" (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 120 นาที มุ่งพัฒนาทักษะการโต้ตอบซักถาม และแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพและลดน้ำหนัก ผ่านการแชร์ประสบการณ์ โค้ชให้ข้อมูลเพิ่มเติมและแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน 4) กิจกรรม "buddy เพื่อนรักสุขภาพ" (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลา 120 นาที เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการจับคู่ผู้เข้าร่วมกลุ่มที่มีเป้าหมายสุขภาพใกล้เคียงกัน ทำข้อตกลงร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โค้ชสอนเทคนิคการสอนกลับ (teach me back) และการฝึกการตั้งคำถาม "ask me three" 5) กิจกรรม "เสริมพลังใจ" (สัปดาห์ที่ 5) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลา 120 นาที ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อตัดสินใจ ออกแบบการออกกำลังกายส่วนบุคคล และรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมอาหาร และ

6) กิจกรรม "ส่งต่อพลังใจสู่สุขภาพดี" (สัปดาห์ที่ 10) พัฒนาศักยภาพการบอกต่อ ใช้เวลา 180 นาที ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สรุป "5 เคล็ดลับสู่สุขภาพดี" ฝึกทักษะการให้คำแนะนำสุขภาพ และแบ่งปันกับคนใกล้ชิด นอกจากนี้ ในสัปดาห์ที่ 6-9 มีการติดตามรายบุคคลโดยโค้ชสุขภาพ เยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาเฉพาะราย ใช้เวลา 30-45 นาที/ครั้ง 2) โปรแกรมมีการใช้เว็บแอปพลิเคชัน "Hug Sukkaparp" บนแพลตฟอร์ม Line official account เป็นเครื่องมือดิจิทัล สำหรับบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูลและประมวลผลอัตโนมัติด้วย google sheets และ google apps script มีฟังก์ชันบันทึกข้อมูลน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย ติดตามพฤติกรรม แสดงกราฟแนวโน้ม และเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างโค้ชและผู้เข้าร่วมโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การออกกำลังกาย ครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.71-0.89 และค่า IOC เท่ากับ 0.85 ส่วนเครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลความละเอียด 0.1 กิโลกรัม สายวัดรอบเอวมาตรฐาน ความละเอียด 0.1 เซนติเมตร และแบบบันทึกการติดตาม ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว ซึ่งทุกเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐาน



รูปที่ 2 เว็บแอปพลิเคชัน Hug Sukkaparp

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และแบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตำบลบ้านจิต อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 0.783 ด้านความเข้าใจ เท่ากับ 0.897 ด้านการโต้ตอบซักถาม เท่ากับ 0.713 ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 0.764 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 0.763 ด้านการบอกต่อ เท่ากับ 0.757 และพฤติกรรมออกกำลังกาย เท่ากับ 0.746

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE672164) ประสานงานกับพื้นที่วิจัยและชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการทดลอง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจวัดสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว

คำนวณ BMI) และตอบแบบสอบถาม และใช้เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลและสายวัดรอบเอวมาตรฐานที่ผ่านการสอบเทียบ การดำเนินการในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโค้ชสุขภาพเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งการดำเนินตลอดกิจกรรมมี การใช้โปรแกรม Line official account "Hug Sukkaparp" เพื่อติดตามข้อมูลสุขภาพและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 32 คน จากตำบลคอนสาย ได้รับการประเมินสุขภาพด้วยวิธีการและเครื่องมือเดียวกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายชุดเดียวกัน ในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 10) โดยไม่ได้รับ intervention ใด ๆ จากผู้วิจัย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปี การรับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในการประชุมประจำเดือน การได้รับแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกาย และการได้รับบริการตามปกติ เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) หลังสิ้นสุดการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอีกครั้ง โดยกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม "ส่งต่อพลังใจ สู่อสุขภาพดี" ในวันเดียวกัน กลุ่มเปรียบเทียบนัดหมายเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน การเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และตรวจวัดสุขภาพร่างกายด้วยเครื่องมือและวิธีการเดียวกัน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยโปรแกรม Stata เวอร์ชัน 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลทั้งสองกลุ่ม

สำหรับสถิติเชิงอนุมาน การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมออกกำลังกาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอว) ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ คณะนก่อนการทดลอง เพศ ระดับการศึกษา และอายุการทำงาน สำหรับทั้งสองกลุ่มก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธี shapiro-wilk test ตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวน ด้วยการหาค่าโคสแควร์ ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและความเท่ากันของความชันเส้นถดถอย ซึ่งพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด (ตารางที่ 1 และ 2)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672164 (หมายเลขลำดับที่ 4.2.01 : 35/2567) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการ ผู้เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยอายุ 43.6 (SD=7.5) ปี และ 44.8 (SD=6.9) ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0 และ 71.9) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.3 และ 53.1) และ

มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5-10 ปี (ร้อยละ 46.9 และ 50.0) การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญในคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่ม ($p>0.05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=32$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=32$)

องค์ประกอบ	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ผลการเปรียบเทียบ		
		(ก่อน)	(หลัง)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	95% CI	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	14.46 $\pm$ 2.97	20.43 $\pm$ 2.44	10.17	9.21 to 11.12	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.40 $\pm$ 1.72	10.65 $\pm$ 1.73			
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	4.28 $\pm$ 1.11	7.90 $\pm$ 1.22	5.08	4.27 to 5.90	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	5.25 $\pm$ 0.91	3 $\pm$ 1.34			
3. การได้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	13.46 $\pm$ 2.82	19.12 $\pm$ 2.21	9.49	8.37 to 10.62	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.37 $\pm$ 2.23	9.87 $\pm$ 1.79			
4. การตัดสินใจแลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	15.09 $\pm$ 1.87	20.21 $\pm$ 2.13	10.08	8.94 to 11.23	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.46 $\pm$ 2.01	10.18 $\pm$ 1.63			
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	15.12 $\pm$ 1.62	18.25 $\pm$ 2.12	5.82	4.67 to 6.96	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14 $\pm$ 1.27	12.43 $\pm$ 2.10			
6. การบอกต่อ ข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	14.68 $\pm$ 2.36	18.90 $\pm$ 1.82	7.02	5.87 to 8.18	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.96 $\pm$ 1.78	11.68 $\pm$ 2.05			
7. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	13.93 $\pm$ 1.91	16.93 $\pm$ 1.79	4.03	3.22 to 4.85	< 0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.28 $\pm$ 1.48	13.56 $\pm$ 1.64			

หมายเหตุ : การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติ multiple linear regression หรือ ANCOVA (analysis of covariance) โดยปรับ (adjusted) ตัวแปรคะแนนก่อนการทดลอง (total_beforeh1), เพศ (sex), ระดับการศึกษา (study) และอายุการทำงาน (workage) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มในการวัดผลก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=32$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=32$) พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ($p\text{-value}<0.001$) โดยองค์ประกอบที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 10.17; 95% CI: 9.21 ถึง 11.12) รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจแลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 10.08; 95% CI: 8.94 ถึง 11.23) และด้านการได้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยนสุขภาพควบคุมน้ำหนัก (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 9.49; 95% CI: 8.37 ถึง 10.62) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 4.03; 95% CI: 3.22 ถึง 4.85; $p\text{-value}<0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=32) (ดัชนีมวลกาย และรอบเอว)

ตัวแปร	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ผลการเปรียบเทียบ		
		(ก่อน)	(หลัง)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	95% CI	p-value
1. ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง	27.89 $\pm$ 2.03	26.53 $\pm$ 2.14	1.74	1.04 to 2.11	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	27.70 $\pm$ 3.05	28.09 $\pm$ 3.05			
2. รอบเอว	กลุ่มทดลอง	96.84 $\pm$ 6.56	95.46 $\pm$ 6.04	1.49	0.72 to 2.26	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	87.37 $\pm$ 7.80	88.03 $\pm$ 7.68			

หมายเหตุ : การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติ multiple linear regression หรือ ANCOVA (analysis of covariance) โดยปรับ (adjusted) ตัวแปรคะแนนก่อนการทดลอง (total_beforeh1) เพศ (sex) ระดับการศึกษา (study) และอายุการทำงาน (workage) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มในการวัดผลก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=32) ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกาย (BMI) ภายหลังการทดลอง พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.74 (95% CI: 1.04 ถึง 2.11; p-value<0.001) โดยกลุ่มทดลอง มีค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 27.89 $\pm$ 2.03 เป็น 26.53 $\pm$ 2.14 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจาก 27.70 $\pm$ 3.05 เป็น 28.09 $\pm$ 3.05 2) เส้นรอบเอว ภายหลังการทดลอง พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.49 เซนติเมตร (95% CI: 0.72 ถึง 2.26; p-value<0.001) โดยกลุ่มทดลอง มีรอบเอวลดลงจาก 96.84 $\pm$ 6.56 เป็น 95.46 $\pm$ 6.04 เซนติเมตร ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีรอบเอวเพิ่มขึ้นจาก 87.37 $\pm$ 7.80 เป็น 88.03 $\pm$ 7.68 เซนติเมตร (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ "โค้ชสุขภาพ" มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและลดดัชนีมวลกาย และรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาความรู้ทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดกรมอนามัย (6 V-shape) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจแลกเปลี่ยนสุขภาพกิจกรรม "are you ready" ที่พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟนและกิจกรรม "buddy เพื่อนรักสุขภาพ" ที่สร้างระบบการสนับสนุนจากคู่หู ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา นาเมือง และคณะ²⁸ ที่พบว่า การบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับสื่อสังคมออนไลน์ช่วยพัฒนาทักษะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้เว็บแอปพลิเคชัน "HUG SUKKAPARP" ผ่าน Line official account เป็นนวัตกรรมสำคัญที่ช่วยให้ อสม. สามารถติดตามและเห็นผลลัพธ์ของการออกกำลังกายผ่านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและรอบเอว ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการรักษาพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Beleigoli et al³⁰ ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายลดลง 1.36 หน่วย และรอบเอวลดลง 1.37 เซนติเมตร มีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจากสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่า การลดน้ำหนัก 5-10% สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การที่สัดส่วนผู้มีภาวะอ้วนอันตราย (BMI $\geq$ 30) ในกลุ่มทดลองลดลงจาก ร้อยละ 12.5

เหลือเพียง ร้อยละ 3.12 เป็นตัวชี้วัดสำคัญถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ คือ การบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับระบบการสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพครบทุกมิติควบคู่กับการสร้างระบบติดตาม แบบมีส่วนร่วมการมีคู่ buddy และโค้ชสุขภาพช่วยเสริมแรงและกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ แม้ในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเวลา การบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับระบบสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัด ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชน

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .001 ในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการควบคุมน้ำหนัก (ความแตกต่าง 10.17) และด้านการตัดสินใจแลกเปลี่ยนสุขภาพ (ความแตกต่าง 10.08) ส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.93 เป็น 16.93 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบลดลง (ความแตกต่าง 4.03; $p < 0.001$) ทำให้ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงจาก 27.89 เป็น 26.53 กก./ม² (ความแตกต่าง 1.74; $p < 0.001$) และรอบเอวลดลงจาก 96.84 เป็น 95.46 ซม. (ความแตกต่าง 1.49; $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ "โค้ชสุขภาพ" และการใช้เว็บแอปพลิเคชัน "HUG SUKKAPARP" มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะน้ำหนักเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

- 1) การศึกษาติดตามผลในระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ดัชนีมวลกายและรอบเอว) หลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อวิเคราะห์ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความคงทนและส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ในระยะยาวหรือไม่
- 2) การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนเกษตรกรรมที่มีข้อจำกัดด้านเวลา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น
- 3) การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบบูรณาการ ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่บูรณาการเข้ากับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เพื่อให้เกิดการออกกำลังกายที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมสำหรับเกษตรกร ซึ่งจะช่วยให้โอกาสความสำเร็จในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยั่งยืนในกลุ่มเป้าหมาย

ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1) ช่วงเวลาการทดลองตรงกับฤดูเก็บเกี่ยวทางการเกษตร การดำเนินการวิจัยตรงกับช่วงฤดูตัดอ้อย ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้การลดลงของดัชนีมวลกายและรอบเอวในกลุ่มทดลอง อาจเป็นผลมาจากการทำงานหนักในไร่ นา ซึ่งใช้พลังงานสูง ไม่ได้เกิดจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว ยากต่อการแยกผลของโปรแกรมจากผลของกิจกรรมทางกายจากการทำงาน

2) รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง การศึกษานี้ไม่มีการสุ่มตัวอย่างอย่างสมบูรณ์ ในการจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อความเที่ยงตรงภายในของการวิจัย และอาจมีอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ที่ส่งผลต่อผลการศึกษา

3) การวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเอง (self-reported) ไม่ได้ใช้การวัดกิจกรรมทางกายโดยตรง ด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ เช่น เครื่องติดตามการเคลื่อนไหว (activity tracker) ทำให้อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการระลึกข้อมูลหรือการรายงานที่เกินจริง (over-reporting) เพื่อให้เป็นที่พอใจของผู้วิจัย

4) ไม่มีการติดตามผลในระยะยาว การศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม แต่ไม่มีการติดตามผลในระยะยาว ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ โดยเฉพาะเมื่อไม่มีกิจกรรมกระตุ้นจากโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้แก่ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน ทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental fund: FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และกองทุนส่งเสริมววน. ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

References

1. Health Promotion Foundation Office. Obesity situation in Thailand [Internet]. Bangkok: Health Promotion Foundation Office; 2024 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2024/08/Thai-Health-2024.pdf> (in Thai)
2. Thammarangsee T, Plukerd S, Pong-utha S. Why obesity, why obese: situation of factors related to overweight and obesity in Thai population. J Health Sci Thailand 2011;20(1):126–44. (in Thai)
3. Med Alert Help. 38 shocking obesity statistics & facts for 2021 [Internet]. [place unknown]: Med Alert Help; 2021 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://medalerthelp.org/blog/obesity-statistics/>
4. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 Nov 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?utm_source=chatgpt.com
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Warning: Thai people reduce obesity, reduce severe illness when infected with COVID-19 up to seven times [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2023 Nov 27]. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30919&utm_source=chatgpt.com (in Thai)
6. World Obesity Federation. World obesity atlas [Internet]. London: World Obesity Federation; 2022 [cited 2024 Jul 26]. Available from: https://data.worldobesity.org/publications/World-Obesity-Atlas-2022-updated.pdf?utm_source=chatgpt.com

7. Ekaphlakhon V. Physical environmental factors affecting physical activity behaviors among the general population. *Journal of Education and Health Research* 2014;2(3):45-56.
8. Kaewsri N, Jaikarun S, Limsawasd P. Prevalence and factors associated with overweight and obesity among public health personnel in the Northeast region. *J Health Sci* 2023;28(3):506–17. (in Thai)
9. Udon Thani Provincial Public Health Office. Report on non-communicable disease situation in Udon Thani Province. Udon Thani: Udon Thani Provincial Public Health Office; 2022. (in Thai)
10. Health and Medical Data Repository System. Abdominal obesity: waist circumference exceeding 90 cm for men and 80 cm for women [Internet]. [place unknown]: Health and Medical Data Repository System; 2023 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7431389/>
11. Department of Health Service Support. Manual for modern village health volunteers. Bangkok: Department of Health Service Support; 2011. (in Thai)
12. Ku Kaew District Health Office. Health situation report of Ku Kaew District. Udon Thani: Ku Kaew District Health Office; 2023. (in Thai)
13. Moonsan T, Siriurunrat S, Limtrakul P. Attitudes and barriers to exercise among overweight village health volunteers in Ku Kaew District, Udon Thani Province. *J Health Res Dev* 2023;25(2):112–27. (in Thai)
14. Sawetprasathorn P. Effects of a self-regulation program on weight loss behaviors and body weight of overweight female village health volunteers. *J Clin Educ Cent Phrapokklao Hosp* 2019;36(1):83–93. (in Thai)
15. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
16. Department of Health. Guide lines for promoting physical activity among Thai population. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
17. Wang L, Fang H, Xia Q, Liu X, Chen Y, Zhou P, et al. Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: a cluster randomized controlled trial. *EClinicalMedicine* 2019;17:100211.
18. Olsen JM, Nesbitt BJ. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *Am J Health Promot* 2010;25(1):e1–12.
19. House JS. Social support and social structure. *Social Forum* 1987;2(1):135–46.
20. Leethong-in S. Family, friends, and community support affecting exercise behavior. *J Soc Educ* 2014;13(2):78–85. (in Thai)

21. Swift DL, McGee JE, Earnest CP, Carlisle E, Nygard M, Johannsen NM. The effects of exercise and physical activity on weight loss and maintenance. *Prog Cardiovasc Dis* 2018;61(2):206–13.
22. Wewege MA, Thom JM, Rye KA, Parmenter BJ. Aerobic, resistance or combined training: a systematic review and meta-analysis of exercise to reduce cardiovascular risk in adults with metabolic syndrome. *Atherosclerosis* 2022;347:100–8.
23. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva: World Health Organization; 2016.
24. LINE Corporation. Line official account features [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.linebiz.com/jp-en/other/>
25. Chiamcharatsarangsri W. Government and organizational policies supporting physical activity. *J Health Dev* 2017;16(3):102-10.
26. Jaidee C. Effects of a self-efficacy promotion program combined with social support on knowledge, health behaviors, and weight loss among sports university students at Yala Campus. *J Educ Prince Songkla Univ Pattani Campus* 2021;34(1):113–26. (in Thai)
27. Saranyarittichay K. Health literacy: concepts, theories and applications. 2nd ed. Khon Kaen: Khon Kaen Printing; 2021. (in Thai)
28. Nameung A, Banchorhatthakij P. Effects of a health literacy promotion program combined with online social media in obesity prevention among overweight personnel in Health Region 7, Khon Kaen. *KKU J Public Health Res* 2020;13(3):78–89. (in Thai)
29. Sukpool A, Kingmala C, Paengsuk P, Yuenyaw T, Wangman W. Effects of a health literacy development and health behavior program for the working-age population. *J Health Sci* 2020;29(3):420-9. (in Thai)
30. Beleigoli A, Andrade AQ, Diniz MDF, Ribeiro AL. Personalized web-based weight loss behavior change program with and without dietitian online coaching for adults with overweight and obesity: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2020;22(11):e17494.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

นัธดา แก้วทองประคำ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 80 คน คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อำเภอคลองท่อม จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 13 คน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน 30 คน และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับ จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตและแบบบันทึกการจัดกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ การขาดนัดรับยา และการกินยาไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และขาดการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 2.1) การวางแผน 2.2) การปฏิบัติดำเนินการตามแผน 2.3) การสังเกตการณ์ 2.4) การสะท้อนผล 3) ระยะประเมินผล พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอคลองท่อม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดบริการ การประสานงานส่งต่อข้อมูล และการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ด้านความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 100 และมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาครบถ้วน ร้อยละ 100

คำสำคัญ: เครือข่ายสุขภาพ รูปแบบการดูแล วัณโรคปอด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย KBO-IRB 2024/26.1311 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 19 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤศจิกายน 2568

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล meemeeurairat2013@gmail.com

Development of a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis through a healthcare network of Khlongthom District, Krabi Province

Nustada Kaewtongprakam B.N.S.*

Abstract

This action research aimed to develop a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis through the Khlong Thom District Health Network, Krabi Province. The target group consists of 80 participants, including 13 patients newly diagnosed with pulmonary tuberculosis, 13 caregivers, 30 community health network members, and 24 individuals responsible for tuberculosis-related work at all levels. Data collection included both quantitative and qualitative approaches using tests, questionnaires, interviews, observations, and activity record forms. The data were analyzed using descriptive statistics. Pre- and post-development comparisons were conducted using a paired t-test at a statistical significance level of .05. Qualitative data were analyzed using content analysis. The study was conducted during October 2024 and July 2025.

The study found that most patients with pulmonary tuberculosis experienced difficulties in self-care, particularly missing appointments for medication and taking medications inconsistently. Health service units did not provide comprehensive home visits to patients and lacked supervision of patients' medication adherence. The development of a community-based care model for patients with pulmonary tuberculosis by the health network in Khlong Thom District, Krabi Province, consisted of four stages: (1) Preparation phase, analyzing problems related to tuberculosis patient care in the community; (2) Implementation phase, which included (2.1) planning, (2.2) implementing the plan, (2.3) observation, and (2.4) reflection; and (3) Evaluation phase. The findings revealed that the community-based tuberculosis care model developed in Khlong Thom District consisted of service provision, coordination of information referral, and continuous follow-up care by mentors supervising medication adherence and home visits. The outcomes demonstrated that patients' knowledge and self-care behaviors significantly improved after the implementation of the model ($p\text{-value} < .05$). Regarding clinical outcomes, the treatment success rate was 100%, and the rate of mentors supervising medication adherence was achieved at 100%.

keywords: health network; care model; pulmonary tuberculosis

Ethical approval: KBO-IRB 2024/26.1311, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 19 August 2025, Revised 21 November 2025, Accepted 24 November 2025

*Registered nurse, Professional level, Krabi Provincial Public Health Office, Corresponding author,
E-mail: meemeeurairat2013@gmail.com

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดและสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เพราะนอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ รวมทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) ซึ่งมีเป้าหมายลดลงอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2573 และ 2578¹

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยมีเป้าหมาย คือ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88.0 โดยในปี พ.ศ. 2562-2566 โดยเขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช (นครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง) มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 87.8, 86.6, 84.9, 82.8 และ 83.2 ตามลำดับ (เขตสุขภาพที่ 11, 2566) สำหรับจังหวัดกระบี่มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 90.0, 87.5, 84.2, 81.5, และ 81.7 ตามลำดับ²

อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดำเนินงานด้านวัณโรค ตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมวัณโรค ประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2562-2566 โรงพยาบาลคลองท่อมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคแยกพื้นที่ตรวจ โดยเฉพาะ ให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 08.00-16.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) โดยมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุขให้บริการ และส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อติดตามดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยสถานการณ์ตั้งแต่ ปี 2562-2566 พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 98.56, 60.30, 69.31, 64.14 และ 80.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดสำเร็จ ร้อยละ 100, 78.72, 88.89, 68.89 และ 79.37 (เป้าหมายร้อยละ 88) เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาและขาดยาอย่างต่อเนื่อง สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 0, 17.02, 9.26, 17.78 และ 14.29 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5) และมีอัตราขาดยา ร้อยละ 0, 4.26, 1.85, 13.33 และ 4.76 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 2)

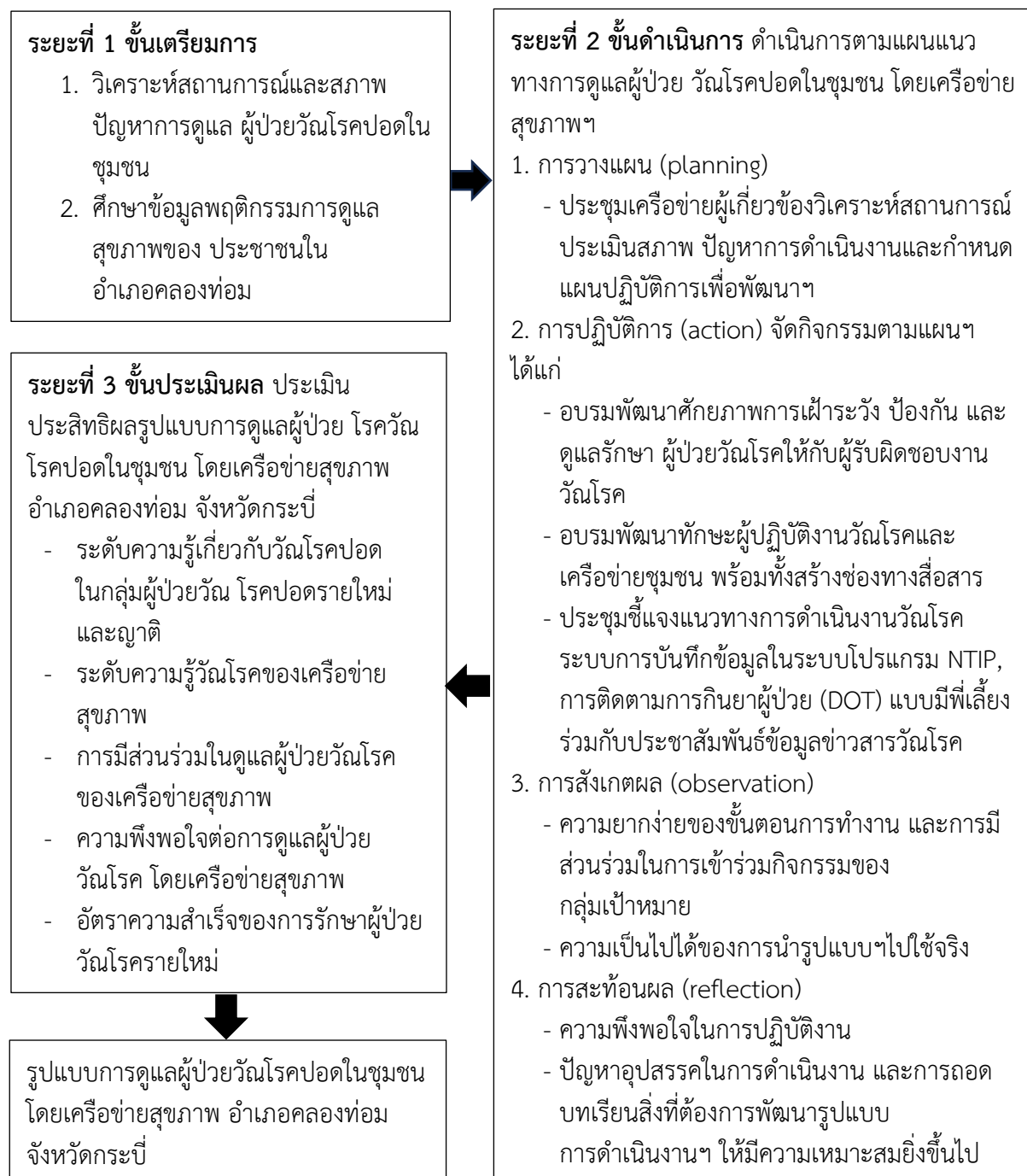
จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามบริบทของพื้นที่อำเภอคลองท่อม โดยได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart³ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้มีคุณภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถยุติวัณโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย การศึกษาบริบท การวิเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาของพื้นที่ 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 2.1) การวางแผนขั้นตอนนี้ นำเอาเทคนิค AIC เข้ามาประยุกต์ใช้ 2.2) การปฏิบัติดำเนินการตามแผน 2.3) การสังเกตการณ์ 2.4) การสะท้อนผล 3) ระยะประเมินผล ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart³ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การดำเนินการ (action) 3) การสังเกตการณ์ (observation) และ 4) การสะท้อนผล (reflection) และในส่วนระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ซึ่งมีการบูรณาการร่วมกับกระบวนการประชุมอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ appreciation influence control (A-I-C)⁴⁻⁵

1. ระยะเตรียมการ ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน การส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ปัญหาและความต้องการในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยนำแนวคิดของ Kemmis and McTaggart³ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การวางแผน (planning)

ศึกษาข้อมูล และสถิติจากฐานข้อมูลระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP) ปีงบประมาณ 2562 -2566 ศึกษาสถานการณ์จัดระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด สภาพการปัจจุบัน ปัญหาการให้บริการในคลินิกวัณโรค การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และการดำเนินงานวัณโรค เพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการในการจัดรูปแบบดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม แต่งตั้งคณะทำงานที่มีส่วนร่วมของทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่ม วางแผนการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

2.2 การปฏิบัติการ (action)

ในขั้นตอนนี้ ได้นำกิจกรรมที่กำหนดมาดำเนินการ ได้แก่ 1) อบรมพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค (training modules for tuberculosis personnel) สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรคและเครือข่ายในชุมชน 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย โดยปฏิบัติตามแผนดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.3 การสังเกตการณ์ (observation)

ประเมินการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในคลินิกวัณโรค สังเกตกำกับ ติดตามให้คำแนะนำทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาไว้

2.4 การสะท้อนผล (reflection)

จัดประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนทบทวนหลังปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ได้ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนความสำเร็จ แก้ไขจุดอ่อน และวางแผนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้พลังของเครือข่ายสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

3. ระยะประเมินผล หลังจากที่ได้นำเอารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ประเมินผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยวิเคราะห์จากผลจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังจากการพัฒนารูปแบบฯ ได้ 3 เดือน ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับความรู้วัณโรคของเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพ ประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงการ ประเมินอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน ประกอบด้วย 1) เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวน 54 คน 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 26 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ภาศิเครือข่ายในอำเภอคลองท่อม ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 13 คน และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอำเภอคลองท่อม จำนวน 13 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านวัณโรค เป็นผู้ปฏิบัติงานวัณโรคในหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอมาตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองท่อม ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E)

3.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกำกับการกินยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ตลอดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

เกณฑ์ในการคัดออก ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินยอมให้ข้อมูลใด ๆ มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรง ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอคลองท่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

- 1.1 สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค และสื่อความรู้เรื่องโรควัณโรค
- 1.2 คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค
- 1.3 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 1.4 แบบติดตามการกำกับกินยาของผู้ป่วย (DOT) และแบบรายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค TB07/1
2. แบบสอบถาม
 - กลุ่มที่ 1 เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
 - แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก ใช่/ไม่ใช่
 - แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถาม มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย
 - กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
 - แบบสอบถามความรู้เรื่อง โรควัณโรค จำนวน 12 เป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่
 - แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย
 - ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ กำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ 1 (น้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พิจารณาจาก 2 ส่วน คือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC): อยู่ในค่า 0.67 ขึ้นไป และความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นของความรู้ โดยใช้วิธีของคูเดอร์แอนริชาร์ดสัน (KR-20) คือ ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด เท่ากับ 0.78 และการหาค่าสัมประสิทธิ์ (cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 0.73 และพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค เท่ากับ 0.72 การทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีบริบทของพื้นที่คล้ายกับกลุ่มเป้าหมาย ค่าที่ได้จากสูตรของ kuder-richardson KR-20 มีสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถืออยู่ในค่าตัวเลข 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่การรับรอง KBO-IRB 2024/26.1311 รับรองวันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

เครือข่ายสุขภาพในชุมชน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่คลินิกโรค จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.25) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 52.50) อายุเฉลี่ย (ร้อยละ 42.29) อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.75) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 73.75) มีอาชีพหลัก คือ รับราชการ (ร้อยละ 63.75) เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน (ร้อยละ 13.75)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=54)

ผลโดยรวม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ความรู้	10.32	2.21	ปานกลาง	14.16	1.41	มาก	11.58	<0.001*
การมีส่วนร่วม	2.74	0.69	น้อย	4.22	3.43	มาก	2.37	0.010*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ พบว่า มีความรู้ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.32$, $SD=2.21$) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน ระดับน้อย ($\bar{X}=2.74$, $SD=0.69$) หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ใน ระดับมาก ($\bar{X}=14.16$, $SD=1.41$) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=4.22$, $SD=3.43$)

กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภผู้ป่วยวัณโรคปอดลงทะเบียนตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอคลองท่อม ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรค ไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin (R) Isoniazid (H) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E) พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 26 คน เป็นผู้ป่วย จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.29) มีอายุระหว่าง 54-62 ปี (ร้อยละ 46.63) อายุเฉลี่ย 55.26 ปี อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 53.57) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 64.29) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 85.71) รายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 60.71) ส่วนใหญ่ มี อสม. เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ร้อยละ 42.86 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง การเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ ก่อนการพัฒนามีความรู้ ระดับน้อยและหลังการพัฒนามีความรู้ระดับมาก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนา มีระดับน้อยและหลังการพัฒนามีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกัน การแพร่เชื้อไวรัสของผู้ป่วยโรคปอดและผู้ป่วยดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนาและ หลังการพัฒนา (N=26)

ผลโดยรวม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	p-value
ความรู้	10.32	2.21	ปานกลาง	14.16	1.41	มาก	11.58	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.91	0.95	น้อย	4.17	3.53	มาก	2.47	0.010*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ พบว่า มีความรู้ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.32$, $SD=2.21$) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.91$, $SD=0.95$) หลังเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ ในระดับมาก ($\bar{X}=14.16$, $SD=1.41$) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17$, $SD=3.53$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการดำเนินงาน ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ พบประเด็นปัญหา ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
1. การเข้าถึงบริการ	- การคัดกรองรายใหม่ยังไม่ครอบคลุม - ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลล่าช้า - ขาดแนวทางการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในชุมชน - การประชาสัมพันธ์การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย - ขาดการประสานการดำเนินงานคัดกรองร่วมกับชุมชน - ขาดการติดตามผลการดำเนินการคัดกรองอย่างเป็นรูปแบบ - ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลห่างไกล - เวลาารับบริการนาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่มาตามนัด
2. กระบวนการดูแล	1. ผู้ป่วย - กินยาไม่ต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย บางรายหยุดยาเอง - ไม่มาตามนัด - ขาดผู้กำกับกับการกินยา (DOT) อย่างจริงจัง 2. ทีมผู้ดูแล - บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - การติดตามผู้ป่วยล่าช้า ทำให้เกิดการขาดยา/หยุดยา - อสม. ขาดความรู้ด้านโรค ทำให้ไม่มั่นใจในการกำกับการกินยา 3. ระบบดูแล - ไม่มีระบบติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ - ขาดกระบวนการปฏิบัติงาน ในการเชื่อมโยงของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระบวนการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ (ต่อ)

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
3. สนับสนุนการจัดบริการ	- ขาด CPG การดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามระดับความรุนแรง - ขาดระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และชุมชนที่มีประสิทธิภาพ - ไม่มีระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม - ไม่มีนโยบายด้านการควบคุมวัณโรคร่วมกับชุมชนที่ชัดเจน - การดำเนินงานวัณโรคในชุมชน มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ไม่มีเครือข่ายร่วม - ไม่มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบ - ขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาคเครือข่าย - การประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคยังไม่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

2.1 ขั้นวางแผน (planning) ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ในระยะที่ 1 ได้แก่ บริบทพื้นที่ นโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารจัดการการดำเนินงานวัณโรค และการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย รูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินสภาพปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในชุมชน ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ในพื้นที่ยังไม่เกิดเป็นเครือข่ายที่ชัดเจน ขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกัน ไม่มีการติดตามกำกับ การกักกัน และไม่มี การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระยะการรักษาเข้มข้น 2 เดือนแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาและเสียชีวิตระหว่างการรักษา จากนั้นได้นำปัญหามาคำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการพัฒนา ดังนี้ 1) อบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระบบโปรแกรม NTIP

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (action) โดยแต่ละทีมให้ดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ 1) อบรมพัฒนาศักยภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน รวมถึงจัดทำโครงสร้างองค์กรและทำเนียบศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค และสร้างช่องทางการติดต่อผ่านระบบออนไลน์ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค (training modules for tuberculosis personnel) เพื่อพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็น ในการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน มีช่องทางสื่อสาร มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวัณโรค โดยผู้นำชุมชนผ่านหอกระจายข่าว มีทำเนียบเครือข่าย และทะเบียนการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน 3) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค ระบบการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัณโรค และให้หน่วยบริการมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านระบบโปรแกรมรายงาน

ข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (national tuberculosis information program: NTIP) ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูลด้านวัณโรคได้อย่างถูกต้อง

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (observation) การสังเกตการแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมกับทีมที่ดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตพฤติกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ในการเข้าร่วมประชุม ผลการสังเกตการณ์การดำเนิน พบว่า องค์กรภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนในเรื่องพาหนะในการรับ-ส่งต่อ เพื่อเข้ารับการรักษาให้มีความสำคัญในการดำเนินงาน เป็นอย่างดี ผู้นำชุมชนให้ความสนใจสอบถาม ควรเพิ่มเรื่องสื่อประชาสัมพันธ์ บทความให้เข้าถึงประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถคัดกรองและได้รายชื่อกลุ่มเสี่ยงวัณโรค แต่ในการตรวจคัดกรองเอชเรย์ยังมีปัญหา คือ กลุ่มเสี่ยงไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/หน่วยบริการ มีการควบคุมกำกับงาน ประสานงานทั้งผู้ป่วยและเครือข่ายในชุมชน แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง ด้วยภาระงานและการเปิดเผยตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย การกำกับการกินยาโดยใช้สมุดบันทึก พบมีปัญหาในการจัดการสิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุกินยาได้ถูกต้อง โดยมีญาติ (ภรรยา/บุตร) กำกับการกินยา บางรายมีปัญหากินไม่ได้ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

2.4 ขั้นสะท้อนผล (reflection) ได้จัดประชุมการสรุปผลและถอดบทเรียนในแต่ละทีม เพื่อทบทวนการดำเนินงาน ในระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติและการบันทึกผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ดังนี้

2.4.1 ปัญหาของการดำเนินงานวัณโรคปอดในพื้นที่ อำเภอคลองท่อม ที่พบคือ การจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการเรื่องขยะติดเชื้อหรือสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากผู้ป่วย พร้อมทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ควรได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ยาเสพติด ซึ่งในการดำเนินงานต้องให้ความสำคัญในกลุ่มนี้ และหาวิธีการเพื่อให้เข้าสู่การคัดกรอง

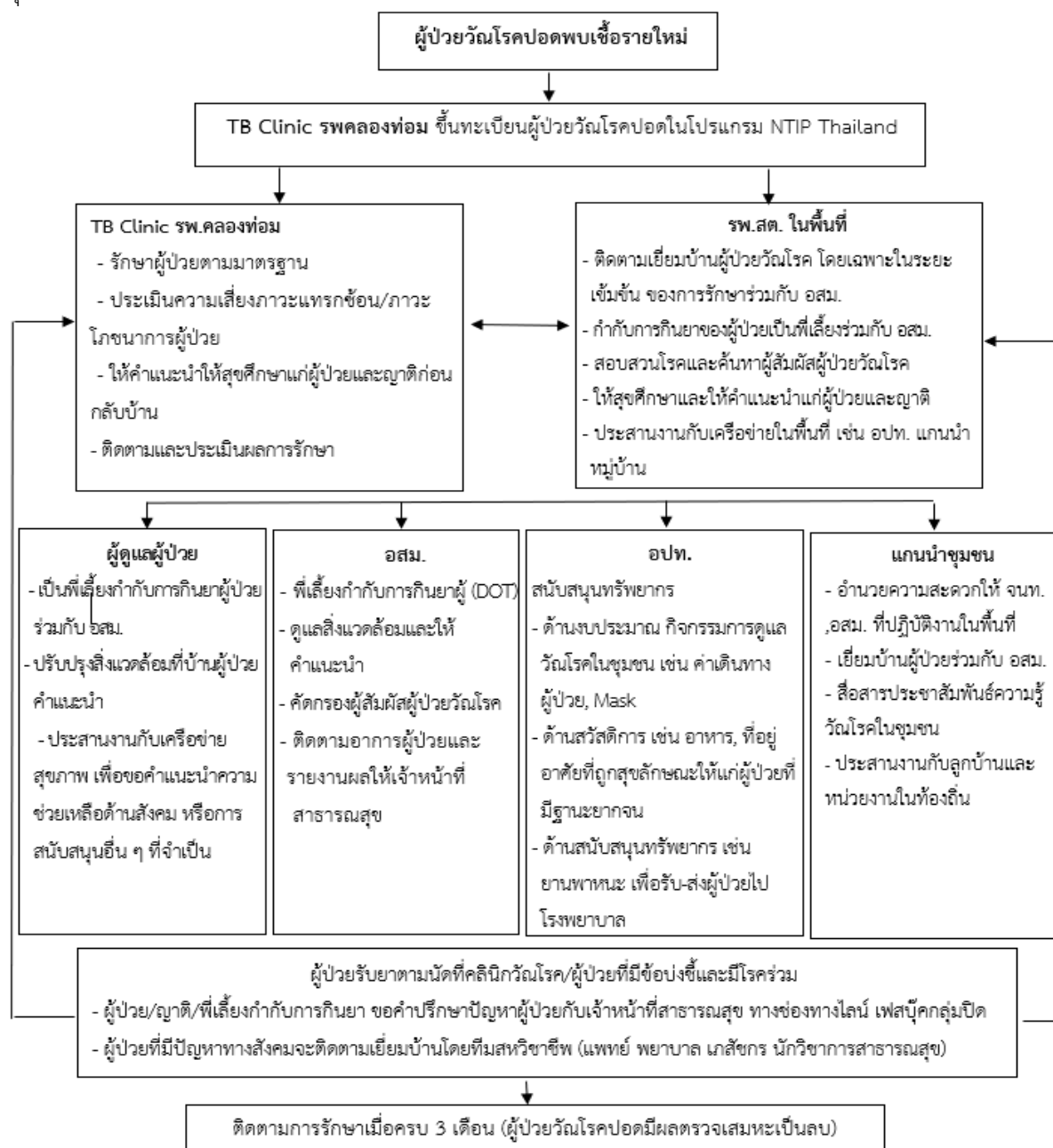
2.4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชน เช่น การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ การสร้างความเข้าใจในชุมชนให้ประชาชนเข้าใจว่า ผู้ป่วยวัณโรคสามารถหายได้ หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีระบบการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพ และงบประมาณในการดำเนินงาน

2.4.3 การประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่นำรูปแบบการดำเนินงานวัณโรคที่ได้รับการพัฒนาไปใช้จริง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจ ร้อยละ 92

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบกับการศึกษาข้อมูลในการจัดกิจกรรมการทบทวนหลังปฏิบัติการ (after action review) รวมถึงการปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนต้องอาศัยหน่วยงานต่าง ๆ และเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งมีการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ในชุมชน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์แบบญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นบรรลุผลสำเร็จ โดยสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีช่องทางการสื่อสาร คู่มือ และกิจกรรมให้ความรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพ และมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาครบถ้วน ร้อยละ 100 ภายหลังการพัฒนา ทั้งเครือข่ายสุขภาพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยวัณโรคปอด มีระดับความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สู่ระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) นอกจากนี้ ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชนก็อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถสรุปเป็นผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการวิจัยและวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของอำเภอคลองท่อม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ A-I-C⁴ เพื่อแสวงหาแนวทางการมีส่วนร่วม โดยการจัดประชุม 1 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนภาคีเครือข่าย ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน วางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน ในอำเภอคลองท่อม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ประกอบด้วย ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทน อสม. ตัวแทน อบต. และแกนนำชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศจีมาศ อุณหะจิรัชรักษ์ และคณะ⁵ ที่พบว่า การใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจและเข้าใจถึง สภาพปัญหาของผู้ป่วย ผลเรื้อรังและครอบครัวได้มากขึ้นรวมทั้ง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับ กองทง ไพศาล⁶ ที่พบว่า กระบวนการพัฒนาจากการประชุมปฏิบัติการเชิงสร้างสรรค์ AIC ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อสู่การปฏิบัติ นิเทศติดตามประเมินผลปรับปรุงพัฒนาจนได้มาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า มีปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การกินยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การเก็บเสมหะของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง สาเหตุอาจมาจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกและครั้งเดียว ขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการกินยาไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคและหอผู้ป่วยใน แต่ขาดการประเมินติดตามส่วนปัญหาผู้ป่วยขาดนัดรับยา/มาพบแพทย์ไม่ตรง ตามนัด สาเหตุอาจมาจากผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องทำงาน ไม่มีเวลาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของดาวประกาย ญ้างาม⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดนัดรับยา มีสาเหตุมาจากปัญหาในการเดินทางมารับยาและขาดแคลนทุนทรัพย์

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่า คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรค อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ มีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ มากกว่าก่อนการพัฒนา และผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และญาติผู้ป่วยความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีระดับความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน และการใช้แนวทางที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม ตั้งแต่กระบวนการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบ ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือในการดำเนินงานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ⁹ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแวง อำเภอนิคมน้ำจืดร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิวิภา จิตรากุล และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < .05$) เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีช่องทางในการสื่อสารการแจ้งข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมโรคเบื้องต้น เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของวัณโรคในพื้นที่ได้ ประชาชนในพื้นที่มีการแจ้งข้อมูลผ่าน อสม. มีการส่งบทความประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน จัดทำทะเบียนการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน มีกิจกรรมให้ความรู้ และลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย

โดยเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช¹¹ ที่พบว่า ภาควิชาการศึกษามีการบูรณาการความร่วมมืออย่างมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. วิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินการควบคุมโรค และติดตามประเมินผล สอดคล้องกับวัฒนา สว่างศรี⁷ ที่ทำการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาควิชาการศึกษามีส่วนร่วมในชุมชนที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผล ด้านการกำกับกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตามความเหมาะสม อปท. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเดินทางมารับยาตามนัด โดยการสนับสนุนรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยในวันนัด และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวประกาย ญาณงาม⁸ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด โดยเสมหะพบเชื้อ จากโรงพยาบาล และถูกส่งต่อข้อมูลเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่ทราบ เพื่อติดตามที่บ้านและประสานเครือข่ายสุขภาพ ติดตามดูแลผู้ป่วย อสม. เขตรับผิดชอบติดตาม DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน ที่ผู้ป่วยรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น หากมีปัญหาสามารถติดต่อขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทางช่องทางออนไลน์ และ ครอบครัวหรือการสนับสนุนทางสังคมทั้งในรูปแบบของวิชาการ งบประมาณ และแรงบันดาลใจ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญมาศ เมืองเดช¹¹ การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลแม่ใจ เกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) คน ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยวัณโรคและญาติผู้ป่วย 2) เงินที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และเทศบาล 3) วัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับสนับสนุนยาในการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอนตามหลักการ “กำลังใจ ใส่ใจ และร่วมใจ” ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ต่อไป

ในส่วนของปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่ 1) มีการสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยสร้างการรับรู้ในเรื่องที่จะพัฒนาร่วมกัน มีการทำงานที่เป็นทีม มีการจัดระบบการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน 2) สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกันปฏิบัติตามแผนงานโครงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และร่วมติดตามประเมินผล 3) การประเมินผลการดำเนินงานและกระบวนการพัฒนาความรู้โดยการประชุมติดตามนิเทศงาน การประเมินผลตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม ให้สามารถแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนได้ ตามความต้องการและบริบทของชุมชนตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐตัญญา หนูทอง¹² ที่ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจำปี อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนา คือ มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรควัณโรค รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาควิชาการศึกษายุทธศาสตร์พื้นที่ มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรควัณโรคให้ทั้งผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง มีบริบทและวิถีชีวิตที่หลากหลายเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ยากในการดำเนินงานผู้ศึกษาต้องอาศัยความสนทนมนับถือ ความไว้วางใจ ของบุคคลในชุมชน ในการประสานงาน ประกอบกับผู้มีส่วนร่วมในพื้นที่ ประกอบด้วย หลากหลายกลุ่ม เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. แกนนำหมู่บ้าน ผู้ป่วย และหน่วยงานเครือข่ายอื่น ๆ มาร่วมดำเนินการวิจัย ทำให้การจัดสรรเวลาและทรัพยากร เพื่อการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสะท้อนผลอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องยาก อีกทั้ง ยังต้องฝ่าฟันอุปสรรคเชิงบริบทของวัฒนธรรม เช่น การขาดความเข้าใจของชุมชน การตีตรา ที่ทำให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่กล้าเข้ารับการตรวจหรือปฏิเสธการร่วมมือ และความไม่ต่อเนื่องของระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเป็นเจ้าของร่วม การนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติอาจเป็นเรื่องที่ต้องใช้การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการพัฒนา หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแยกเป็นรายด้าน เช่น ด้านการค้นหาค้นหา ด้านวางแผนงาน ด้านการดำเนินงาน และด้านการติดตามประเมินผล เป็นต้น

1.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและวัณโรคในรูปแบบอื่น ๆ และมีการนำหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา อย่างน้อย 6 เดือน

References

1. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021. (in Thai)
2. Krabi Provincial Public Health Office. Summary of performance evaluation results according to indicators 2023. Krabi: Krabi Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
3. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Strategies of qualitative inquiry. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2007. p. 271–330
4. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16(2):354–61.
5. Aunhajrungrug S, Thipmusik S, Pinkaew C. Development of quality care for patients with chronic wounds through participation in a community health network at Inburi Hospital. Nurs J Minist Public Health 2013;22(2):1–10. (in Thai)
6. Kongthong P. Development of a cardiovascular patient referral system in the Phon District health network, Khon Kaen Province. Udon Thani Hosp Med J 2017;25(1):11–25. (in Thai)
7. Wattana S. Development of a community-based care model for tuberculosis patients in Mueang District, Maha Sarakham Province. Mahasarakham Hosp J 2019;16(3):116–29. (in Thai)

8. Daoprakai Y. Development of a community-based pulmonary tuberculosis patient care model by the That Phanom District health network, Nakhon Phanom Province [dissertation]. Maha Sarakham: Mahasarakham University; 2022. (in Thai)
9. Premsing W, Wongkongdech A, Wongkongdech R. Development of a participatory subdistrict health management model in Nong Waeng Subdistrict, Nikom Kham Soi District, Mukdahan Province. UBRU J Public Health Res 2019;8(2):6–12. (in Thai)
10. Jitrakul R, Laohasiriwong W, Singhalerd R. Model development of village health management for community participation in Maha Sarakham Province. Chorphayom J 2016;26(2):195–208. (in Thai)
11. Thanyamas M, Pruajob L. A study of a participatory pulmonary tuberculosis patient care model in Mae Chai Subdistrict, Mae Chai District, Phayao Province. Community Public Health J 2023;9(3):47–55. (in Thai)
12. Nutong N. Development of a community participation-based tuberculosis control implementation model in Champee Subdistrict, Si That District, Udon Thani Province. Udon Thani: Tha Hai Subdistrict Health Promoting Hospital, Si That District, Udon Thani Province; 2022. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เป็นวารสารวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งในด้านเนื้อหานั้น 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. รายงานการศึกษอิสระ (independent studies) เป็นบทความที่รายงานเกี่ยวกับการพัฒนา นวัตกรรม การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือรายงานผู้ป่วย หรืออื่น ๆ

5. บทความพิเศษรับเชิญ (special invited articles) เป็นบทความที่ผู้นิพนธ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นมักเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษหรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงบทสัมภาษณ์พิเศษ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และบทวิจารณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ 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 ตั้ ๑ง – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

ไม่ถูกต๑อง – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

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

1.1.3 แหล่งทุนสนับสนุนวิจัย (ถ้ามี) (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างหน้าแรก)

1.1.4 ตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย (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 สิ่งที่มาศึกษา 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 ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) ส่วนนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) นำเสนอการสังเคราะห์ผลจากรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับ เพื่อประมวลเป็นเนื้อหาสาระ หรือข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยต้องมีการเปรียบเทียบข้อสรุปของแต่ละการศึกษาว่ามีความสอดคล้อง กันหรือไม่ หากไม่สอดคล้องกันจะมีแนวทางทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนได้อย่างไรเป็นการแนะแนว ทางการวิจัยในอนาคตผู้พิมพ์ต้องลำดับการเขียน 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 ไม่เรียงลำดับตามอักษรของผู้พิมพ์ 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 Thaijo กรณี วารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อย่อตาม National Library of Medicine ตรวจสอบได้จาก <http://www.nlm.nih> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

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

1.3 กรณีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน 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 กรณีไม่มีชื่อผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิงโดยใส่ชื่อเรื่องเป็นลำดับแรกได้ ดังนี้

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

1.5 ในกรณีที่ว่าสารที่อ้างอิงนั้น ยังไม่ได้จดทะเบียนค้าขาย 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 หรือบทคัดย่อ 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.

