



วารสารแพทยนาวิ

Royal Thai Navy Medical Journal

วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 52 • ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568 • Volume 52 No.3 September-December 2025 • ISSN 0125-6971 (Print)

• ISSN 2985-1815 (Online)

บทบรรณาธิการ บทความวิจัย

- ▶ พยาธิวิทยาของโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: บทเรียนจากผู้ป่วยโรคโกลด์สโตน
- ▶ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
- ▶ การศึกษาผลกระทบของโรคโกลด์สโตนในชุมชนและแนวทางการจัดการ: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ พยาธิวิทยาของโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: บทเรียนจากผู้ป่วยโรคโกลด์สโตน
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- ▶ พยาธิวิทยาของโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: บทเรียนจากผู้ป่วยโรคโกลด์สโตน
- ▶ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้นำในองค์กร: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ พยาธิวิทยาของโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: บทเรียนจากผู้ป่วยโรคโกลด์สโตน
- ▶ การพัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโรคโกลด์สโตนกับระดับความวิตกกังวล: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ Cultural Adaptation in the U.S.: A Case Study of a Thai Naval Attache's Cross-Cultural Experiences
- ▶ การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องวัด CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนในโรงพยาบาล

บทความวิชาการ

- ▶ Hyperbaric Oxygen Therapy for Avascular Necrosis of the Femoral Head: A Comprehensive Review and Treatment Perspective

บทความพิเศษ

- ▶ หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์



เสด็จสู่สวรรคาลัย
ธ สถิตในดวงใจตราบนิรันดร์
ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณอันหาที่สุดมิได้

ข้าพระพุทธเจ้า กองบรรณาธิการวารสารแพทยนาวิ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิชาการและบทความวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ทางวิชาการระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล

เจ้าของ

กรมแพทยทหารเรือ

คณะที่ปรึกษา

พลเรือโท นพ. สมชาย
พลเรือตรี นพ. เหว็ด
พลเรือตรีหญิง ทพญ. จิระวัฒน์ กฤษณพันธ์
พลเรือตรี นพ. ชชาติ
พลเรือตรี นพ. กิตติศักดิ์
พลเรือตรี นพ. จตุรงค์
พลเรือตรี นพ.จักรพงษ์
นาวาเอก นพ. บริพันธ์

จันทโรตร
กัจจรงค์
ว่องวิทย์
เปี่ยมศิริ
สายนุช
ต้นตีมงคลสุข
คล้ายคลึง
สุวัชรินทร์

เจ้ากรมแพทยทหารเรือ
รองเจ้ากรมแพทยทหารเรือ
รองเจ้ากรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ จันทบุรีเพื่อสัตหีบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการศูนย์ทันตกรรม กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทยทหารเรือ

บรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พญ. ชนกนาถ

วัชรการ

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นาวาโทหญิง พว. สุพักตร์
นาวาโทหญิง พว. วรณพร

เวศม์วิบูลย์
ทองแสงจันทร์

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

กองบรรณาธิการ

พลโท นพ. สัมพงษ์
พลโท นพ. กฤษณา
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ. สารเนตร์
ศาสตราจารย์ นพ. นครชัย
ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย
ศาสตราจารย์ ดร.พญ. สิทธิชัย
รองศาสตราจารย์ พว. สุธีรา
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา กัญญา
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. สุภาวดี
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. นพวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. จอนพะจง
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. สายฝน
รองศาสตราจารย์ ดร. พญ. นพพร
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. ประทุม
รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.สายฝน
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.พญ. ทิพย์สัมพันธ์
พลโท รองศาสตราจารย์ นพ. สุธี
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. สายสมร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. เขียวลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. สุนทรวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. รุ่งระวี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศุภาพิชญ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. กมลรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. ศุภกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. นิสากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ. เจตน์
ดร.พญ. สุภาพร
ดร.พญ.สุภาณี
พลเรือตรี นพ. ขจิตร์
พลเรือตรี นพ. ดนัย
พลเรือตรี นพ. ปิยะวัฒน์
นาวาเอกหญิง ดร.พญ. ธนพร
นาวาเอก นพ. ก้องพงศ์
นาวาโท นพ. ธนวัฒน์
นาวาเอก นพ. ธนวัฒน์
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. วัชรพร
นาวาโทหญิง ดร.พญ. อาทิตยา
นาวาโทหญิง ดร.พญ. กิตติมา
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ. กนกเลขา
นาวาโท พญ.อนณ
Ms.Jovelyn Jundante

สังขะรมย์
ดวงอุไร
ไวศกุล
เดือนปฐม
สิทธิศรีณย์กุล
ขุนทองแก้ว
สุนตะกูล
ศิริพันธุ์
อนุวงศ์
มั่นคง
เปี่ยมชัย
เพ็ญจิต
ไทยแท้
ว่องสิริมาศ
สร้อยวงศ์
เอกวงกร
เกษมกล
พานิชกุล
เฉลยกิตติ
เสรีเกียรติ
เอื้อพิเชฐ
นารีเจริญ
มณีสาคร โพน โบรมันน์
เทอร์เนอร์
เจริญสุข
วิบูลย์
วิรัตน์
วรรณสันทัด
คลังฤทธิ์
อุษณีย์สวัสดิ์ชัย
ปานแดง
วงษ์วานิช
แย้มสุดา
หังสพฤกษ์
ศุภนิธยานนท์
ชัยกุล
เชยสุวรรณ
ดวงมณี
สาธุวงษ์
สุวรรณพงษ์
สุวรรณพงษ์
Camacho

สมาคมแพทยทหารแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
กรมแพทยทหารบก
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นักวิชาการอิสระ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
นักวิชาการอิสระ
สภาการพยาบาล
นักวิชาการอิสระ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
นักวิชาการอิสระ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
สภาการพยาบาล
นักวิชาการอิสระ
บริษัท เซลล์แห่งประเทศไทย จำกัด
กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
ศูนย์ทันตกรรม กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ฝ่ายจัดการวารสาร

พันจ่าเอก บัณฑิต
จ่าเอก ปณัตต์

ยืนยง
เลิศศาสตร์ไพศาล

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ฝ่ายกฎหมาย

ร.อ.หญิง ศุภกานย์

สุทธาย

กองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ

กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม - เมษายน
พฤษภาคม - สิงหาคม
กันยายน - ธันวาคม

พิมพ์ที่

ทุกวันวันตั้ง
10/122 หมู่ 8 ตำบลลำไทรเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร. 09 6996 5447



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารแพทยนาวิที่รักทุกท่าน

วารสารแพทยนาวิ ฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม 2568 เป็นฉบับที่จัดทำและเผยแพร่ในห้วงเวลาแห่งความอภัยอันยิ่งใหญ่ของปวงชนชาวไทย เมื่อสำนักพระราชวังได้มีประกาศว่า สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เสด็จสวรรคต เมื่อวันศุกร์ที่ 24 ตุลาคม พุทธศักราช 2568 เวลา 21 นาฬิกา 21 นาที ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สิริพระชนมพรรษาปีที่ 93 การเสด็จสวรรคตในครั้งนี้ได้นำมาซึ่งความโศกเศร้าอย่างสุดซึ้งแก่ปวงชนชาวไทย รวมถึงกองบรรณาธิการวารสารแพทยนาวิซึ่งต่างสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณอันหาที่สุดมิได้ และขอโน้มรำลึกถึงพระเกียรติคุณอันยิ่งใหญ่ที่ทรงมีต่อประเทศชาติและพสกนิกรชาวไทยตลอดมา

วารสารฉบับนี้ขอเสนอบทความทั้งหมด 17 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย จำนวน 6 เรื่อง คือ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยโอไลติสออฟติกา” “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า” “ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร” “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในภาคใต้ตอนบน” “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีพันธุกรรมใช้งาน 20 ซี และ 4 คู่สมของผู้สูงอายุ ตำบลบางรัก อำเภอมือง จังหวัดตรัง” และ “การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาล” งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่อง คือ “ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะห้องอัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก” “ผลของโปรแกรมป้องกันประสาธต์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะประสาธต์ในผู้ป่วยสูงอายุ” “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง” และ “ผลการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี” งานวิจัยแบบผสมวิธี 1 เรื่อง คือ “การศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน” งานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 เรื่อง คือ “ประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต” “กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย” และ “Cultural Adaptation in the U.S.: A Case Study of a Thai Naval Attaché’s Cross-Cultural Experiences”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง จำนวน 1 เรื่อง คือ “Hyperbaric Oxygen Therapy for Avascular Necrosis of the Femoral Head: A Comprehensive Review and Treatment Perspective” ปิดท้ายด้วยบทความพิเศษเกี่ยวกับหลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกันของกรมแพทยทหารเรือ กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะทำให้ผู้อ่านได้ทั้งสาระและคุณค่าอย่างเต็มเปี่ยม แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นาวาโทหญิง พว.

อรรณพ ทองแสงจันทร์

(วรรณพร ทองแสงจันทร์)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ



สารบัญ

หน้า

II

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตรา
การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 447
Effects of a Discharge Planning Program on Knowledge, Self-Care Behavior,
and Hospital Readmission Rate after Discharge of the Patients with Stroke
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย 461
กลุ่มโรคนิวโรไมยอีลิติสออฟติกา
Factors Related to Medication Adherence of Patients with Neuromyelitis Optica
Spectrum Disorder
- การศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรค 478
ไม่ติดต่อเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
A Study of the Situation of Chronic Kidney Disease in the Community and Strategies
to Delay Its Progression from Chronic Non-Communicable Diseases Based on the
Perspectives of Participants in Community-Based NCD Screening
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัด 492
คลอดครรภ์แรก
The Effects of Self-Management Program on Postpartum Stress and Flatulence
in Primiparous Mothers after Cesarean Section
- ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับ 507
การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
The Relationship between Pain Management, Pain scores and Patient Satisfaction
among Musculoskeletal Injury Patients from Accidents in the Emergency Department
of Somdech Phra Pinklao Hospital
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร 520
Factors Predicting Cervical Cancer Screening Behavior of Bangkok Metropolis Women
- ผลของโปรแกรมสูงวัยป้องกันเฝ้าระวังต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน 541
และชะลอภาวะเฝ้าระวังในผู้ป่วยสูงอายุ
The Effects of the Elderly Care for Frailty Prevention Program on Perceived
Self-efficacy and Behaviors to Prevent and Delay of Frailty Progression in Elderly Patients
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการแพร่ระบาด 556
ของเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในภาคใต้ตอนบน
Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Persons with Type 2
Diabetes Mellitus during the Coronavirus-19 Pandemic in Upper Southern Region
- ประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของ 572
นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
Experience in Enhancing Self-Awareness through Reflection among Nursing
Students in Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum



- กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย 585
The Empowerment Process of Caregivers in Promoting Early Childhood Development: A Community in a Northern Province of Thailand
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 602
The Effect of Self-efficacy Enhancement Program Using LINE Application on Blood Pressure Level among Persons with Hypertension
- ผลการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 620
The Results of the Development of a Knowledge Media for People at Risk of Community-Acquired Sepsis by through Network Participation in Kok Sa-at Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ และ 4 คู่สบของผู้สูงอายุ ตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 636
Ecological Model Factors Associated with the Presence of 20 Functional Permanent Teeth and 4 Functional Occluding Pairs among Older Adults in Bangrak Subdistrict, Mueang District, Trang Province
- Cultural Adaptation in the U.S.: A Case Study of a Thai Naval Attaché's Cross-Cultural Experiences 653
- การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาล 670
Comparative Study on the Effectiveness of the CROW-65, MEWS, and 4C Mortality Score in Predicting In-Hospital Mortality among COVID-19 Patients Treated with High-Flow Nasal Cannula

บทความวิชาการ

- Hyperbaric Oxygen Therapy for Avascular Necrosis of the Femoral Head: A Comprehensive Review and Treatment Perspective 683

บทความพิเศษ

- หลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน Preventive Technician Training Course 695

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทยนาวิ
แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทยนาวิ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal





วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal



ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of a Discharge Planning Program on Knowledge, Self-Care Behavior, and Hospital Readmission Rate after Discharge of the Patients with Stroke

วริยา กล่อมใจ* สินีช ศิริวงศ์** นัฐวุฒิ รอดโฉม***

Variya Klomjai,* Sineenuch Siri Wong,** Nattawut Rodchom***

* โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

* Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok

** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

*** กรมยุทธศึกษาทหารเรือ จ.นครปฐม

*** Naval Education Department, Nakhon Pathom Province

** Corresponding Author: asine17@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ IDEAL model โดยเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายและความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ กับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ จำนวน 30 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ IDEAL model แผนการสอนและคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ ของผู้ป่วยและพยาบาล เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent sample t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบที่เข้ารับโปรแกรมฯ รูปแบบ IDEAL model มีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: December 8, 2024; Revised: May 21, 2025; Accepted: May 21, 2025

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมฯ รูปแบบ IDEAL model มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมฯ รูปแบบ IDEAL model มากกว่าการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อัตราการกลับมารักษาซ้ำ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the IDEAL model discharge planning program for stroke patients by comparing knowledge, self-care behavior, hospital readmission rates after discharge, and satisfaction with the program to those of conventional discharge planning. The sample consisted of two groups: (1) 60 ischemic stroke patients admitted to the hospital, divided into an experimental group who received the IDEAL model discharge planning program (30 patients), and a control group who received conventional discharge planning (30 patients); and (2) 15 professional nurses. The research instruments included the IDEAL model discharge planning program for stroke patients, a teaching plan and stroke knowledge manual, a form for recording personal data and evaluating patients' self-care behavior, a stroke knowledge assessment form, and a satisfaction assessment form for both patients and nurses. All research instruments were validated for content accuracy by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and independent sample t-tests. The research findings indicated that:

1. Ischemic stroke patients who received the IDEAL model program had higher knowledge and self-care behaviors than those who received conventional discharge planning, with statistical significance at the .05 level.

2. Ischemic stroke patients who received the IDEAL model program had a lower hospital readmission rate after discharge than patients who received conventional discharge planning.

3. Ischemic stroke patients and professional nurses were more satisfied with the IDEAL model program than with conventional discharge planning.

Keywords: discharge planning program, stroke patients, self-care behavior, readmission rate

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) เป็นความผิดปกติของกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือทันทีทันใดและ

อาการนั้นคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง โดยความผิดปกติดังกล่าวมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์สมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก¹ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือดและเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 3 คิดเป็น

รายงานทางสุขภาพมากกว่า 721 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 0.66 ของ GDP โลก² ในประเทศไทยข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 552 คนต่อประชากรแสนคน อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 43.69 คน³ โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า ในผู้ป่วย จำนวน 100 คน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5 อัตราการหายใกล้เคียงปกติ ร้อยละ 25 และอัตราการเกิดความพิการ ร้อยละ 70⁴ นอกจากนี้ พบว่า ร้อยละ 3.1 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 4.2 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายใน 90 วัน และร้อยละ 7.1 - 11.1 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี⁵ แสดงให้เห็นว่าควรมีการวางแผนในการดูแลที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่อง จนถึงผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) เป็นระบบการบริการดูแลต่อเนื่องทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เชื่อมโยงกันระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีเงื่อนไข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการประกันคุณภาพโรงพยาบาลและมาตรฐานทางการพยาบาล⁶ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นแนวคิดในอุดมคติและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ได้แก่ แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น⁷ บูรณาการกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model ที่มุ่งเน้นผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) Include ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่าย 2) Discuss การพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นสำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3) Educate การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4) Assess แพทย์และพยาบาลอธิบายถึงผลการประเมิน การวินิจฉัยและขั้นตอนการดูแลรักษา รวมถึงให้ผู้รับบริการทวนกลับเรื่องที่อธิบาย และ 5) Listen การรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถาม⁸

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีพันธกิจในการให้บริการสุขภาพแก่กำลังพล ครอบครัวกองทัพเรือ และประชาชนทั่วไป ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตรวจรักษา และรับป่วย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา จำนวน 670 คน อัตราตาย ร้อยละ 15.51 ระยะเวลาในการเข้าพักรักษา (Length of stay) เฉลี่ยประมาณ 7 วัน และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยด้วยรูปแบบ D-METHOD ซึ่งพบข้อจำกัดของการวางแผนจำหน่ายนี้ คือ แต่ละหอผู้ป่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบขั้นตอน D-METHOD และไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางส่วนต้องไปรับป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและสูติกรรม เนื่องจากปัญหาเตียงหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีไม่เพียงพอ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความหลากหลายและไม่ครบถ้วน⁹ จากข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน ได้แก่ ปอดบวมจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 2.56 คน เป็นค่ารักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวสูงถึง 2,571,666 บาท¹⁰

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศภายในระยะ 5 ปี พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายแนวคิด ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาพันธ์ด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย¹¹ แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน¹²⁻¹⁴ แนวคิดทันกาลของ Cameron & Gignac (cited in Srichot)¹⁵ เป็นต้น โดยแนวคิดที่ถูกพิจารณานำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยมากที่สุด คือ แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁷ ที่กล่าวถึงกระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีการเปลี่ยนผ่านการดูแลสุขภาพของตนที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม
- 2) การนำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไปปฏิบัติ
- 3) การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับไว้รักษาต่อเนื่องไปถึงที่บ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
- 4) สร้างกลไกการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและสถาบันที่รับส่งต่อ และ
- 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเองกับทีมสุขภาพ

จากการศึกษาของ Mealey และคณะ¹⁶ กล่าวว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านนี้สามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปราณี เกสรสันต์ และคณะ¹⁷ ที่นำรูปแบบ IDEAL model มาสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงกว่าแรกรับ ไม่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁷ และแนวคิดการวางแผนการจำหน่าย IDEAL model มาใช้ในการ

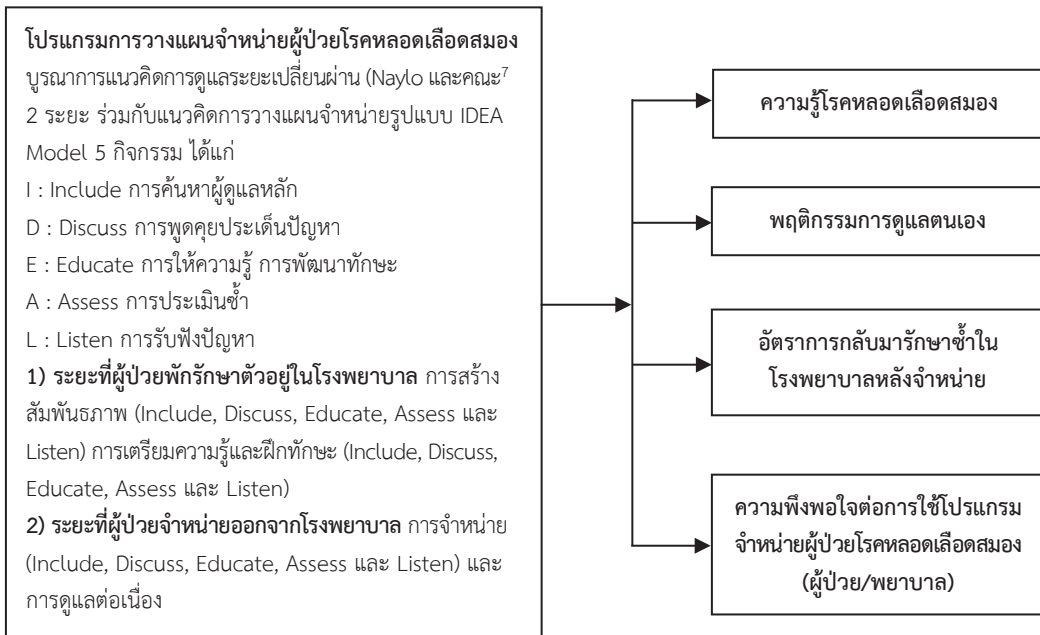
วางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับการวางแผนจำหน่ายปกติที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อให้ได้การวางแผนการจำหน่ายที่ช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ เกิดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานและการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model กับกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model กับกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) ของ Naylor และคณะ⁷ ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model⁸ เป็นแนวคิดเชิงเนื้อหา ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 3 กุมภาพันธ์ ถึง 30 พฤษภาคม 2567 (4 เดือน) แบ่งกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 60 คน คำนวนโดยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว ค่าความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าอิทธิพล .80 จากการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบปกติ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 31 - 65 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดี มีค่าคะแนนการทดสอบ

ความรู้ความเข้าใจ (Mini-Cog) มากกว่า 3 คะแนน โดยใช้แบบประเมินของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 3) มีความสามารถในการพูด อ่าน และเขียนหนังสือด้วยภาษาไทยได้ 4) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ระหว่าง 5 - 20 คะแนน 5) การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ไม่มีอาการทั้ง 2 ข้อ 6) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมรวม 80 พรรษาชั้น 1 ซึ่งเป็น 3 หอผู้ป่วยหลักของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเข้ารับรักษา จำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยที่ทำการวิจัย 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการ

วิจัย 7 เครื่องมือ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ในการอบรมหรือศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบ IDEAL model ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ คณินิจ ศิริชนะโคตร และคณะ¹² โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติตามของโปรแกรมฯ แนวคิด IDEAL model ได้แก่ Include, Discuss, Educate, Assess และ Listen ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 1 (3) การให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 2 (4) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (5) การจำหน่าย และ (6) การดูแลต่อเนื่อง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83

3. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพของ ปัญญา พลายนินทร์ และคณะ¹⁸ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ 5) การลดหรือเลิกดื่มสุรา และ 6) การจัดการความเครียด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.86

4. แผนการสอนโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพของ ปัญญา พลายนินทร์ และคณะ¹⁸ มีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85

5. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพของ ปัญญา พลายนินทร์ และคณะ¹⁸ ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ 5) การลดหรือเลิกดื่มสุรา และ 6) การจัดการความเครียด จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.94

6. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินขึ้นเอง เป็นการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตอบคำถามแบบตอบใช่หรือไม่ใช่ (Yes/no questions) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.86 และนำไปใช้กับกลุ่มทดลองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.87

7. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วยของ วาสนา มูลฐี และคณะ¹⁹ เป็นแบบประเมินแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83

8. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 8 ข้อ ประยุกต์จากงานวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ อุดมพร รูปเล็ก และคณะ²⁰ เป็นแบบประเมินแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95 ปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้กับกลุ่มทดลองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85

การดำเนินการวิจัย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ดำเนินการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอน คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและสร้างสถานการณ์การฝึกปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวม 80 พรรษา ชั้น 1 เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ข้อมูลการปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีการดำเนินการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบแต่ละกลุ่มดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม 80 พรรษา ชั้น 1 ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำ

และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดแบบ D-METHOD จนผู้ป่วยกลับบ้าน และ (2) ระยะภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และสอบถามความพึงพอใจการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 4 กุมภาพันธ์ ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567

2.2 กลุ่มทดลอง คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบจาก 3 หอผู้ป่วยเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมแต่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เป็นการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย กำหนดผู้ดูแลหลักที่บ้านและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้และฝึกทักษะครั้งที่ 2 ทั้ง 2 กิจกรรมเป็นการให้คำแนะนำ สาธิตการดูแลตนเอง เช่น การทำกายภาพบำบัด การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น กิจกรรมที่ 4 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นการสรุปบทวนการดูแลผู้ป่วย ประเมินความพร้อมและให้คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมที่ 5 การจำหน่ายผู้ป่วย สรุปบทวนการดูแลผู้ป่วยอีกครั้ง แนะนำการมาตรวจติดตามการรักษา การรับประทานยากลับบ้าน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น สายด่วน 1669 2) ระยะภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และสอบถามความพึงพอใจการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 15 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2567

3. **ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งการปฏิบัติตามประเภทของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างทั้งควบคุมและกลุ่มทดลองมีการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะเดียวกัน 3 ขั้นตอน คือ 1) ก่อนเริ่มการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประเมินระดับความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อน (Pre-test) เข้ารับการวางแผนจำหน่ายตามปกติและการวางแผนจำหน่ายด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model 2) หลังจากได้รับการวางแผนจำหน่าย ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองทบทวน การดูแลตนเองและรับมือโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมทบทวนการดูแลตนเองและ 3) ภายหลังกาหนดจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามประเมินความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยให้ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความรู้เรื่องโรคและ พฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลัง (Post-test) เข้ารับการวางแผนจำหน่าย ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการ ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และสอบถาม การกลับมา รักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย

3.2 **พยาบาล** ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายตามปกติและโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model รวมทั้งข้อเสนอแนะการใช้โปรแกรมฯ จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการ ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กรมแพทยทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 004/67 วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2567 - 31 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน จากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent sample t-test และวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**
ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 53.33 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 53.34 ตามลำดับ ประเภทบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 50 และ 43.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 และ 46.67 ตามลำดับ เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.10 และ 31.25 ตามลำดับ และไม่มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 56.66 ตามลำดับ

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีอายุระหว่าง 22 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด



คิดเป็นร้อยละ 60 และมีประสบการณ์ในการอบรมหรือศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 73.33

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการพยาบาล

ตามปกติและโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีค่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาในระดับคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
ก่อนให้โปรแกรม	2.43	2.33	6.256	< .001*	0.20	1.79	3.372*	.002
หลังให้โปรแกรม	14.30	1.09			11.37	1.83		

* p < .05

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมฯ และการวางแผนจำหน่ายตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่ม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดและด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	5.17	2.19	4.50	1.65	4.64*	< .001
ด้านการออกกำลังกาย	3.43	2.53	3.00	3.30	.57*	< .001
ด้านการใช้ยา	7.03	2.49	9.00	.00	-1.44	.16
ด้านการจัดการความเครียด	6.43	1.99	8.33	.95	-2.57*	.01
ด้านการสูบบุหรี่	4.17	1.74	5.03	.99	-1.24	.22
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6.90	2.54	8.10	1.02	-3.29*	.002
รวม	33.13	7.53	39.23	6.23	3.42*	.001

* p < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ และการวางแผนจำหน่ายตามปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่ม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งพิจารณาในด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและด้านการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	10.90	1.29	8.40	1.67	6.47*	< .001
ด้านการออกกำลังกาย	7.97	1.32	4.30	3.45	5.44*	< .001
ด้านการใช้ยา	8.93	.25	9.00	.00	-1.439	.16
ด้านการจัดการความเครียด	8.83	.46	8.33	.95	2.57*	.013
ด้านการสูบบุหรี่	5.40	1.27	5.03	.99	1.24	.22
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	8.80	.55	8.10	1.02	3.29*	.002
รวม	50.83	3.54	43.16	5.80	6.18*	< .001

* p < .05

2. การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 28 วัน กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 28 วันจำนวน 3 คน โดยพบว่า กลับมารักษาซ้ำด้วย Hyponatremia 1 ราย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย และ Recurrent stroke 1 ราย คิดเป็นอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเท่ากับ 10 คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาซ้ำใน 28 วัน คูณ 100 แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ไม่มี การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 28 วันหลังจำหน่ายคิดเป็นอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเท่ากับ 0

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model (กลุ่มทดลอง) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.73 (SD = 0.52) ส่วนกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้โปรแกรมฯ มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.41 (SD = 0.55) และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายตามปกติพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโปรแกรมวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยโปรแกรมวางแผนจำหน่ายรูปแบบปกติ ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรม	4.73	0.52	มากที่สุด	4.45	0.58	มาก
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.41	0.55	มาก	4.11	0.75	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่ได้สามารถอภิปรายเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.18, p = .001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบความแตกต่างกันในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและการสูบบุหรี่ โดยพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและการสูบบุหรี่ได้เท่ากับก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย แต่ในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 ด้านเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁷ ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model⁸ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวมีการปฏิบัติโดยพิจารณาจากปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก คลอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พุดคุยเพื่อ

วางแผนการจำหน่ายร่วมกันตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกลับไปที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายที่เกิดขึ้นจึงตรงกับความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี เกสรสันต์ และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ IDEAL patient care model มาสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงกว่าแรกรับและการศึกษาของ คณิงนิจ ศรีชะโคตร และคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการมีความพร้อมในการดูแลและคุณภาพชีวิตสูงกว่าการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายได้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับแผนการวางแผนจำหน่ายที่ปฏิบัติอยู่เดิม เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพของ ปัญญาพลายอินทร์ และคณะ¹⁸ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ 5) การลดหรือเลิกดื่มสุรา และ 6) การจัดการความเครียด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถभवทวนความรู้หรือคำแนะนำในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นไปตามแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนผู้ป่วยจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mealey และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายที่มีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย ส่งผลให้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ IDEAL model
จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมฯ รูปแบบ IDEAL model มากกว่าการวางแผนจำหน่ายตามปกติ เนื่องจากการใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านร่วมกับแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่าย IDEAL model เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยและญาติได้มีการเตรียมตัว พัฒนาทักษะที่จำเป็นเมื่อต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน การมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยที่เป็นไปใน

ลักษณะการให้กำลังใจและการช่วยเหลือระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติตามประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวพร สีแสง และคณะ²¹

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model นี้ไปใช้ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายที่ดีกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานต่อไป

≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ≡

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและอายุรกรรมรวม กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวจึงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม ในการศึกษาหรือวิจัยครั้งต่อไป อาจนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและสูติกรรมที่ต้องช่วยรับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางส่วนเนื่องจากปัญหาเตียงหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีไม่เพียงพอ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ IDEAL model ว่าจะมีผลอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. Truelsen T, Begg S. The global burden of cerebrovascular disease. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *Int J Stroke* 2022;17(1):18-29.
3. Tiamkao S. Mortality trends in patients with acute cerebrovascular disease. *Thai Journal of Neurology* 2022;39(2):32-38. (in Thai).
4. Siriraj Hospital Stroke Center. Current situation of stroke. [Internet]. [cited 2016 Oct 21]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1256>. (in Thai).
5. Temprom P, Phonphet C, Suwannon J, Chaimay B, Woradet S. Prevalence of high risk of recurrent stroke and factors associated with high risk of recurrent stroke among acute ischemic stroke patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2021;32(2):59-72. (in Thai).
6. Nimit-anan N. Discharge planning: concept and clinical practice guideline. *Christian University Journal* 2017;23(3):501-10. (in Thai).
7. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(5):675-84.
8. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice. [Internet]. [cited 2017 Aug 10]. Available from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>.
9. Nursing Division, Somdech Phra Pinklao Hospital. Nursing inspector's book for January - December Bangkok: Somdech Phra Pinklao Hospital;2023. (in Thai).
10. Medical Statistics, Somdech Phra Pinklao Hospital. Patient admission and discharge report. [EMR system database]. Bangkok: Somdech Phra Pinklao Hospital; 2023. (in Thai).
11. Buapin C, Julamad P, Pisitpitatana N. Effects of a clinical nursing practice guideline for discharge planning on the quality of life of elderly stroke survivors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019;6(1):51-62. (in Thai).
12. Srisakhot K, Kuleelung P, Aungvanit B, Sondas B, Sriruksa S. Development of integrated discharge planning program for stroke patients. *JTNMC* 2022;37(3):20-43. (in Thai).
13. Nilsawaddi W. Effects of a hospital-to-Home transitional care program on activities of daily living, patients' complications, and self-management ability of caregivers. *JNPHR* 2022;2(3):57-70. (in Thai).
14. Somsukjirawat P. Effects of discharge planning and continuing care of post-acute stroke patients on nursing service satisfaction, patients' quality of life, and nurses' job satisfaction. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2021. (in Thai).



15. Srichote W. Caregiver support in caring for stroke patients: a case study. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2019. (in Thai).
16. Mealey R, Nobles K, Burdett R, George D, Sloane K, Stein L. Enhancing post-stroke care: implementing the transitional care model. *Stroke* 2025;56(suppl_1).
17. Kesornsunt P, Khanunthong N, Pansuwan K, Plychumpol W. Development of caring system by IDEAL patient care model for acute ischemic stroke patients at Chaoprayayomarat hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(2):111-21. (in Thai).
18. Phrai-in P, Perkdetch B, Leelawattanagul P. Development of a care model for stroke patients during rehabilitation. *JTNMC* 2022;37(4):73-94. (in Thai).
19. Multhi V, Monkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. The effects of a transitional care program for stroke patients and their family caregivers from hospital to home on daily activities, complications, and patient satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council* 2016;31(1):95-110. (in Thai).
20. Rubleak U, Suwannapong K, Sinprasitt P, Jitrarat N. The effect of clinical nursing practice guidelines for prevention of aspiration in stroke patients with dysphagia at Somdech Phra Pinklao Hospital. *RTN Med J* 2025;52(2):204-15. (in Thai).
21. Seesat P, Piyasiriphan N, Siri T. The results of the discharge planning program for patients with ischemic or occlusive cerebrovascular disease in the male medical ward, Somdech Phra Chao Taksin Maharat hospital. *Journal of Public Health Tak Provincial* 2021;1(2):1-16. (in Thai).



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอีไลต์สออปติกา Factors Related to Medication Adherence of Patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder

ปัทมา วิมานจันทร์* อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ** นพวรรณ พินิจจรเดช***

Pattama Wimanchan* Apinya Siripitayakunkit** Noppawan Phinitkhajorndech***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

,* โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

,* Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

* Corresponding Author: pattama.wi@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอีไลต์สออปติกา โดยใช้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอีไลต์สออปติกาที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 3) แบบบันทึกปัจจัยด้านการใช้ยา 4) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย 5) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 6) แบบสอบถามแอปการของครอบครัว 7) แบบประเมินความไว้วางใจในทีมสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 22 - 79 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี (SD = 11.96) กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$)

Received: February 26, 2025; Revised: May 8, 2025; Accepted: May 13, 2025

มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและความร่วมมือในการรับประทานยาค่า Odd ratio (OR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับดีมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง 23 เท่า (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำถึงปานกลาง 7 เท่า (OR = 7.28, 95% CI = 2.997-17.28 กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 1 - 5 เม็ดต่อวันให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่า = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมากให้ความร่วมมือที่รับประทานยา > 5 เม็ดต่อวัน 2.7 เท่า (OR ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง 17 เท่า (OR 17, 95% CI = 3.658 - 79.002) ผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสนับสนุนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคอย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มโรคนิวโรมัยโอไลติสออปติกา ความรู้ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the relationships between various factors, consisting of disease and medication knowledge, ability to perform activities of daily living, number of oral medications taken per day, family support, and trust in the healthcare team, and medication adherence among patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD). The study was guided by the World Health Organization's Multidimensional Adherence Model. The sample consisted of 100 purposively selected NMOSD patients attending the neurology outpatient clinic at a tertiary hospital in Bangkok. The research tools included a screening instrument consisted of the 6-item cognitive impairment test; and data collection instruments consisted of the following: (1) general demographic data form, (2) medication adherence questionnaire, (3) medication factors assessment form, (4) patient's knowledge questionnaire on NMOSD and medication use, (5) functional assessment for activities of daily living, (6) family APGAR questionnaire, and (7) trust in the health team questionnaire. Data collection was conducted from December 2022 to February 2023. Descriptive statistics, chi-square tests, and Fisher's exact tests were used for data analysis.

The results revealed that 96% of the participants were female, aged between 22 and 79 years, with a mean age of 49 years (SD = 11.96). The medication adherence rate among participants was 56%. Statistically significant associations were found between medication adherence and disease and medication knowledge ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$), ability to perform daily activities ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$), number of medications taken per day ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$), and family support ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$). No significant association was observed between trust in the



healthcare team and medication adherence. Odds ratio (OR) analysis indicated that participants with good knowledge of the the disease and medication were 23 times more likely to adhere to medication compared to those with low to moderate knowledge (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021). Those with good ability in daily activities were 7 times more likely to adhere than those with low to moderate ability to perform daily activities (OR = 7.28, 95% CI = 2.997 - 17.28). Those taking 1 - 5 tablets per day were 2.7 times more likely to adhere than those taking more than 5 tablets (OR = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604), and those with high family support were 17 times more likely to adhere than those with moderate support (OR = 17, 95% CI = 3.658 - 79.002). Based on these findings, nurses should play a proactive role in enhancing mutual understanding between patients and their families to support consistent medication adherence. Additionally, programs should be implemented to promote daily functioning, provide ongoing education about the disease, and emphasize the benefits of regular medication intake.

Keywords: medication adherence, neuromyelitis optica spectrum disorder, knowledge, family support

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

โรคนิวโรมัยอีไลติสออพติกา (Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder: NMOSD) เป็นโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmune disease) ทำให้เกิดการอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)¹ กลุ่มโรค NMOSD เป็นโรคเรื้อรังส่งผลต่อเส้นประสาทตาและประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดความผิดปกติในหลายระบบขึ้นกับตำแหน่งที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว มองไม่ชัด ขาสองข้างอ่อนแรง ชา เดินเซ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้² การดำเนินของโรคเป็นแบบกำเริบซ้ำ (Relapsing) โดยความพิการจะค่อยๆสะสมตามจำนวนอาการกำเริบที่เกิดขึ้น สำหรับการรักษาในระยะโรคกำเริบใช้ยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Methylprednisolone: IVMP) อย่างเดียวหรือร่วมกับการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลือง (Plasma exchange) และรักษาต่อเนื่องด้วยยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) โดยกลุ่มโรค NMOSD ไม่มียาที่รักษาให้หายขาด แต่เป็นการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบ

ไม่เกิดอาการกำเริบและมีความเสียหายสะสมในระบบประสาท³ ได้แก่ เพอร์นิซิโอส อะซาไทโอพรีน ไมโคฟีโนเลตโมเฟทิล และริทูซิแมบ ในประเทศไทย อะซาไทโอพรีนเป็นยาตัวเดียวในรายชื่อบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ป้องกันการกำเริบของโรค NMOSD⁴ แต่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30 ติดต่่ออะซาไทโอพรีน ทำให้ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันชนิดอื่นที่มีราคาสูง⁵ และยังพบว่า กลุ่มโรค NMOSD มีอัตราการเป็นซ้ำที่สูง โดยจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกำเริบซ้ำของโรค ร้อยละ 81.5 โดยร้อยละ 45.6 ต้องมีการเปลี่ยนแปลงยากดภูมิคุ้มกันระหว่างการรักษาเนื่องจากทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในจีนที่พบว่า มีการกำเริบซ้ำของโรค ร้อยละ 78.1 และพบว่า การขาดความรู้ในการรักษาต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วย NMOSD 1 ใน 3 มีการกำเริบซ้ำในปีแรกของการรักษา โดยร้อยละ 40 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการ

ใช้ยา และทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นที่มีราคาแพง⁹ สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต⁹ โรคลูปัส เรีตีมา โทซัส (Systemic Lupus Erythematosus: SLE)¹⁰ โรคข้ออักเสบ¹¹ พบว่า มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเช่นกัน โดยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ที่ต้องใช้ยาในระยะเวลานาน หมายถึง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ตรงตามเวลา ขนาด ความถี่ ไม่ลืมใช้ยา ไม่ลดขนาดยา และไม่หยุดใช้ยาเองอย่างน้อย ร้อยละ 80¹² ผู้วิจัยได้นำรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งองค์การอนามัยโลกเสนอไว้ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ¹² ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะจิตใจ พฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ และแรงจูงใจส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุและเด็กอาจมีความร่วมมือน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่¹³ และหากผู้ป่วยมีชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ จะทำให้มีแนวโน้มไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ^{10,14} 2) ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย (Condition-related factors) หมายถึง ความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ ระยะเวลาของโรค รวมถึงความพิการที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งส่งผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ความรุนแรงของโรคหรือความพิการมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือทางการ

มองเห็นมีแนวโน้มไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง^{15,16} 3) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-related factors) หมายถึง ลักษณะของแผนการรักษา เช่น จำนวนชนิดของยา ปริมาณเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน ความถี่ในการใช้ยา ผลข้างเคียง และความซับซ้อนของการรักษา ยังมียาหลายชนิด ยังมีโอกาสลืมหรือหยุดยาเองมากขึ้น ยาบางชนิดมีอาการข้างเคียง มีราคาแพง หรือแผนการรักษามีความซับซ้อน ยุ่งยาก ต้องรับประทานยาหลายมื้อ มียาจำนวนมาก โดยความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลงเมื่อต้องรับประทานยาหลายมื้อต่อวัน^{17,18} 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Health system and provider-related factors) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความสามารถในการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ การติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย/ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร การมาติดตามการรักษา รวมถึงความไม่เข้าใจกันในเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ มีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยา^{19,20} 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ²¹

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับโรค NMOSD ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับอัตราการกำเริบของโรค ประสิทธิภาพของยา และผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นหลัก ขณะที่การศึกษาด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยายังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่ยังไม่มีงานวิจัยใดศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วย NMOSD ผู้วิจัยจึงสนใจ



ศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD โดยใช้กรอบแนวคิด Multidimensional Adherence Model (MAM) ขององค์การอนามัยโลกเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวและความไว้วางใจในทีมสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM)¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยองค์การอนามัยโลกรวบรวมปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ มาสรุปเป็นปัจจัยที่มีความหลากหลายมิติ 5 ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานวิจัยหลายฉบับ พบว่า ผู้ป่วยบางรายเห็นว่าตนเองขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา โดยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ที่มีความรู้และเข้าใจโรคจะมีแนวโน้มใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่า^{10,13} ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลกระทบของโรค หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการใช้ยา และจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วย NMOSD รับรู้ว่าตนเองมีความยากลำบากในการใช้ชีวิต มีข้อจำกัดด้าน

การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน²² ความซับซ้อนของการรักษา เช่น การต้องใช้ยาหลายเม็ดต่อวัน จำนวนเม็ดยาที่มากเกินไปมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่า ความถี่ในการใช้ยาส่งผลให้ความร่วมมือลดลง การไม่ร่วมมือในการใช้ยายังสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน ผู้ที่ได้รับยา 4 ครั้งต่อวันมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 30²⁰ และเกินกว่าครึ่งของผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในทีมสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความไว้วางใจในทีมสุขภาพและความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง¹⁴ สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือมีส่วนร่วมแบ่งเบาในความลำบากของผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน²¹

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นและโรค NMOSD เนื่องจากโรค NMOSD มีความซับซ้อนทั้งโรค การรักษา การควบคุมอาการ รวมถึงการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อลดการทำลายเส้นประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง เพราะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นจะกระทบด้านร่างกาย ความพิการตลอดจนคุณภาพชีวิต²³ จากปัจจัยและข้อมูลที่ทบทวนผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยตามรูปแบบ MAM ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรค NMOSD และการใช้ยา ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ได้เลือกจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ผู้วิจัยเลือกศึกษาความไว้วางใจในทีมสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และเลือกศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัว จากปัจจัยด้านสังคมและ

เศรษฐกิจ โดยปัจจัยที่กล่าวมามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรค NMOSD มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทาน เข้าตรวจรับการรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทานอย่างน้อย 1 เดือน
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ
4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) โดยใช้แบบทดสอบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) โดยควรได้คะแนนตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ .05 กำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง ($r = 0.30$) กำหนด Degree of freedom

($df = 1$) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่คล้ายคลึงกันอีกทั้งเนื่องจากบริบทและกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงกำหนดขนาดผลกระทบอยู่ที่ระดับปานกลาง ($R = 0.30$) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 97 ราย จำนวนตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (6 Item Cognitive Impairment Test-Thai Version) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองและระบบประสาทสำหรับผู้สูงอายุโดยการประเมินใช้ระยะเวลาสั้น และไม่มีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีปัญหาเรื่องสายตา สร้างขึ้นโดย Brooke & Bullock²⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²⁵ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 CIT) โดยควรได้คะแนนตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน จึงสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างได้คัดกรองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด จำนวน 25 ราย ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการบกพร่องการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้เฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการมารับการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค NMOSD

ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรค NMOSD การมาตรวจตามนัด โรคประจำตัวอื่นๆ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค NMOSD

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการ

ใช้ยา เป็นแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD สาเหตุของการหยุดรับประทานยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกัญญา จันทรใจ และคณะ²⁶ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค SLE โดยใช้มาตรวัดประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ซึ่งเป็นเส้นตรงในแนวนอนที่มีขนาดความยาว 0 - 100 มิลลิเมตร โดยให้กลุ่มตัวอย่างขีดลงบนเส้นตรง ตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างขีดไว้จะเป็นเปอร์เซ็นต์ของความร่วมมือในการใช้ยา ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยานี้ แบ่งเป็น 2 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานยาสม่ำเสมอไม่ลืมรับประทานยา ไม่หยุดยาเอง 2) การรับประทานยาได้ครบตามจำนวนมื้อและครบตามจำนวนเม็ด แปลผลโดยการใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นจนถึงตำแหน่งที่ขีด โดยนำความยาวที่วัดได้ทั้งสองข้อคำถามมารวมกันแล้วเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ โดยความยาว 200 มิลลิเมตรเทียบเท่ากับร้อยละ 100 ถ้าได้น้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการใช้ยาถ้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2.3 แบบบันทึกปัจจัยด้านการใช้ยา

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

ประกอบด้วย ชนิดของยา จำนวนเม็ดยาทั้งหมด ความถี่ในการรับประทานยา ปริมาณยากดภูมิคุ้มกัน และชนิดของยากดภูมิคุ้มกันที่ได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันทั้งหมดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับประทานยามากกว่า 5 เม็ดต่อวัน เป็นผู้ป่วยได้รับยาจำนวนมากทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ¹³ หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2.4 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค NMOSD

และการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มโรค NMOSD ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษากลุ่มโรค NMOSD อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อความที่ถูกต้อง 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ “ใช่” = 1 คะแนน “ไม่ทราบ” และ “ไม่ใช่” = 0 คะแนน และข้อความที่ไม่ถูกต้อง 1 ข้อ ลักษณะคำตอบ “ใช่” = 1 คะแนน “ไม่ทราบ” และ “ไม่ใช่” = 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ที่ 0 - 10 คะแนน โดยคะแนนสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องกลุ่มโรค NMOSD และการใช้ยาสูง หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และเมื่อศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.73 และค่า KR-20 ในงานวิจัยหลัก ได้เท่ากับ 0.76

2.5 แบบประเมินความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังพัฒนาโดยคณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1 คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557²⁷ เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเอง

ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประเมินกิจกรรมประจำวัน พื้นฐานและซับซ้อน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living: basic ADL) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้นเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ มี 16 ข้อคำถาม คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 16 - 48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 และในงานวิจัยหลัก ได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.98

2.6 แบบสอบถามแอปการของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) สร้างโดย Smilkstein และคณะ²⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²⁹ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD เมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ จากครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD มีความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนนหากคะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทย หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 และในงานวิจัยหลัก ได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85

2.7 แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale) พัฒนาโดย Anderson & Dedrick³⁰ โดยผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและนำมาแปลเป็นฉบับ

ภาษาไทยและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของคนไทย ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพในระดับสูง หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 และในงานวิจัยหลักได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยตรวจแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 น. - 12.00 น. ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2022/376) วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 - 1 กรกฎาคม 2566 และ สถาบันประสาทวิทยา (ID 65041) วันที่ 31 สิงหาคม 2565 - 30 สิงหาคม 2566 และได้อธิบายความสำคัญและวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัยขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและความพึงพอใจของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการกำเริบของโรค NMOSD การมาตรวจตามนัด ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติการขาดยา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค NMOSD และรายละเอียดด้านการใช้ยา จำนวนยาที่รับประทาน

2 วิเคราะห์ด้วยสถิติโคสแควร์และการทดสอบของพิชเชอร์ ตามข้อตกลงเบื้องต้นหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่า Odds ratio และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวและความไว้วางใจในทีมสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทุษยานอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96 อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี (SD = 11.96) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 31) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 56) พบว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค NMOSD ในเวลา 1 - 5 ปี (ร้อยละ 43) จากข้อมูลในเวชระเบียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของโรค NMOSD ได้แก่ เส้นประสาทตาอักเสบ (ร้อยละ 30) ไชสันหลังอักเสบ (ร้อยละ 80) กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 74) ปวด (ร้อยละ 62) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 38) ตะคริว (ร้อยละ 35) และกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (ร้อยละ 30) มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ (ร้อยละ 66) โดยอาจมีอาการไม่สุขสบายหลายอย่างร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอื่นๆ

เช่น ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35, 30 และ 16 ตามลำดับ) ส่วนการได้รับความรู้เกี่ยวกับ NMOSD นั้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากแพทย์ (ร้อยละ 100) และร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคกำเริบ ร้อยละ 74 ใช้ยาที่กดภูมิคุ้มกัน 2 ชนิดในการรักษา NMOSD โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับยาทั้งหมด 8.82 เม็ดต่อวัน (SD = 5.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคร่วมมากกว่า 3 ชนิด (ร้อยละ 43) ประเภทของยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ Azathioprine (ร้อยละ 84) Prednisolone (ร้อยละ 83) มีกลุ่มตัวอย่างที่รับยาฉีด Rituximab (ร้อยละ 7) รับประทานยาได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 49) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ กระตุกพรุน ใบหน้าบวม นอนไม่หลับ และน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 38, 32, 30 และ 29 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยหยุดรับประทานยามาก่อน โดย 11 จาก 13 คน มีสาเหตุเกิดจากทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้

ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56 มีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในระดับมาก ร้อยละ 47 รับประทานยาทั้งหมดมากกว่า 5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 62 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับมาก ร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 91 และกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 53 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (n = 100)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Mean = 83.02, SD = 7.86, Max = 100, Min = 67.5)		
- ร่วมมือในการรับประทานยา (มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80)	56	56
- ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (น้อยกว่าร้อยละ 80)	44	44
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (Mean = 7.51, SD = 2.09, Max = 10, Min = 3)		
- ระดับน้อย (0 - 5 คะแนน)	20	20
- ระดับปานกลาง (6 - 8 คะแนน)	33	33
- ระดับมาก (9 - 10 คะแนน)	47	47
3. จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน/วัน (Mean = 8.8 2, SD = 5.42, Max = 24, Min = 1)		
- > 5 เม็ดขึ้นไป	62	62
- 1 - 5 เม็ด	38	38
4. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 16.09, SD = 3.03, Max = 20, Min = 8)		
- ระดับน้อย (0 - 6 คะแนน)	0	0
- ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน)	19	19
- ระดับมาก (14 - 20 คะแนน)	81	81
5. ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ (Mean = 45.58, SD = 4.00, Max = 54, Min = 30)		
- ระดับน้อย (11 - 25 คะแนน)	0	0
- ระดับปานกลาง (26 - 40 คะแนน)	9	9
- ระดับมาก (41 - 55 คะแนน)	91	91
6. การทำกิจวัตรประจำวัน (Mean = 25.83, SD = 11.52, Max = 48, Min = 16)		
- ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (16 - 20 คะแนน)	28	28
- ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (21 - 35 คะแนน)	19	19
- ช่วยเหลือตนเองได้ดี (36 - 48 คะแนน)	53	53

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค NMOSD และการใช้ยาของผู้ป่วย ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อวัดความสัมพันธ์ (Measures of association) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยค่า Odd ratio (OR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับมากให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง 23 เท่า (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำถึงปานกลาง 7 เท่า (OR = 7.28, 95% CI = 2.997 - 17.28 กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 1 - 5 เม็ดต่อวันให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่รับประทานยา > 5 เม็ดต่อวัน



2.7 เท่า (OR = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมาก ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง 17 เท่า (OR 17, 95% CI = 3.658 - 79.002) ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (n = 100)

ตัวแปร	Low adherence (n = 44)	High adherence (n = 56)	χ^2	p-value	Odd ratio	Confidence Interval (95% CI)
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 47)	39 (88.6%)	14 (25%)	37.543	.000	23.4	7.71 - 71.021
- ระดับมาก (n = 53)	5 (11.4%)	42 (75%)				
2. การทำกิจวัตรประจำวัน						
- ช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วน-น้อย (n = 47)	32 (72.7%)	15 (26.8%)	19.07	.000	7.28	2.997 - 17.28
- ช่วยเหลือตนเองได้ดี (n = 53)	12 (27.3%)	41 (73.2%)				
3. จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน/วัน						
- > 5 เม็ดขึ้นไป (n = 62)	33 (75%)	29 (51.8%)	4.694	.023	2.793	1.181-6.604
- 1 - 5 เม็ด (n = 38)	11 (25%)	27 (48.2%)				
4. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 19)	17 (38.6%)	2 (3.6%)	17.473	.000	17	3.658 - 79.002
- ระดับมาก (n = 81)	27 (61.4%)	54 (96.4%)				
5. ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 9)	3 (6.8%)	6 (10.7%)	-	.727 ^F		
- ระดับมาก (n = 91)	41 (93.2%)	50 (89.3%)				

* Chi^F Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 56 และพบผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (น้อยกว่าร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 44

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย NMOSD เพียงครึ่งหนึ่งตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันการกำเริบของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Filippi และคณะ³¹ และการศึกษาในประเทศจีนของ Huang และคณะ⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ประมาณร้อยละ 50 มีความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรค และรับรู้ว่าการได้รับการรักษา

อย่างเพียงพอ และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ายังมีอาการของโรค กระบอบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต^{7,31} จากผลการวิจัยนี้พบว่าความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรค NMOSD ยังมีไม่มากนักแม้ว่าผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่าจะตนเองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงจากการรักษาและจากยาทำให้ผู้ป่วย NMOSD บางส่วนไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีบางรายหยุดยาเพราะทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ ซึ่งโรค NMOSD มีโอกาสที่จะเกิดการกำเริบของโรคหรือคือต่อการรักษาได้มาก ต้องใช้ยาที่มีราคาแพงมากขึ้นจึงควรให้ความสำคัญกับการร่วมมือในการใช้ยาและการติดตามอย่างต่อเนื่อง²³

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตระหนักรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค NMOSD ความสำคัญของการใช้ยาในระยะยาว และผลกระทบจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ความรู้ที่ถูกต้องสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการรักษา และมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค NMOSD และการใช้ยาที่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา มักจะตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและเข้าใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตาม

แผนการรักษา ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยปลุกถ่ายไต พบว่า ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์ของยากดภูมิคุ้มกันมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³² เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรค SLE พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น เนื่องจากสามารถจัดการกับความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาได้ดีกว่า¹⁰ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาให้กับผู้ป่วย

22 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) เป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วย NMOSD อาจมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือการมองเห็น ส่งผลให้การดูแลตนเอง เช่น การเตรียมยา การจำเวลา หรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องยาก ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจึงถือเป็นตัวแปรสำคัญภายใต้ปัจจัยด้านผู้ป่วยของแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษา ในผู้ป่วยมะเร็ง 1,847 คน ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยจะมีความร่วมมือในการใช้น้อย ในขณะที่หากผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵



สอดคล้องกับการศึกษาในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การทำกิจกรรมได้ดีเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วม ในพฤติกรรมมารับประทานยา¹⁶ และจากการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การทำงาน ของร่างกายที่ไม่ดีขัดขวางการรับประทานยาตาม แผนการรักษาและเมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องทาง ร่างกายส่วนใหญ่มีความเสี่ยงที่จะไม่ร่วมมือในการ ใช้อา³³ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD บุคลากรทางการแพทย์จึง ควรมีการประเมินและส่งเสริมความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2.3 จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน ต่อวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือใน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้อง ใช้อาหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยากดภูมิคุ้มกัน ยาเสริม ภูมิคุ้มกัน และยารักษาตามอาการ ซึ่งอาจมีจำนวน เม็ดยามากในแต่ละวัน ตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง ความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การ อนามัยโลก จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน เป็นปัจจัยด้านการรักษาโดยองค์ประกอบสำคัญ ในปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ ความซับซ้อนของแผนการ รักษา ความถี่ในการใช้อา และจำนวนยาที่ต้อง รับประทานในแต่ละวัน จำนวนเม็ดยาที่มากเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ลืมกินยา หรือจิตใจ หดหยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันมีผลกระทบ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเมื่อจำนวน เม็ดยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความซับซ้อนของการรักษาและจำนวนยาที่มากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ

ตามแผนการรักษา^{27,28} โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการ รับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{14,18} และการศึกษาความร่วมมือในการใช้อาของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง พบว่า หากมีปริมาณเม็ดยาที่ต้อง รับประทานมากมีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการ ใช้อาเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 6 และจะมีความไม่ร่วมมือ ในการใช้อามากขึ้นเมื่อใช้อามากขึ้น³⁴ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยามากกว่า 4 เม็ดต่อวันมี แนวโน้มที่จะลืมหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่า³³ สอดคล้อง กับการศึกษาของ Huber และคณะ พบว่า การลด จำนวนเม็ดยาและการจัดยาให้สะดวกต่อการ รับประทาน สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

2.4 การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น NMOSD ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง การได้รับการดูแลจาก ครอบครัวในด้านการจัดเตรียมยา การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยลดอุปสรรค ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและเพิ่มความมั่นใจ ของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว มีผลกระทบเชิงบวก ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบว่า การสนับสนุน

ของครอบครัวที่ดีจะส่งเสริมให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเคร่งครัดมากขึ้น^{19,31,33} ดังนั้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD โดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำและสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคนี้

2.5 ความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ($p > .05$) ความไว้วางใจในทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพการให้บริการ และความต่อเนื่องในการดูแล พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ให้ความไว้วางใจในทีมสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 91 เป็นไปได้ว่าเกิดจากอคติของผู้ป่วยจากการตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เลือกตอบในเชิงบวก (Social desirability bias) ผลการศึกษาที่ได้จึงทำให้ปัจจัยความไว้วางใจไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาบางฉบับที่ระบุว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยปัจจัยอื่นๆ เช่น ความซับซ้อนของการรักษา จำนวนยาที่ต้องรับประทานต่อวัน และแรงสนับสนุนจากครอบครัว อาจมีบทบาทที่สำคัญกว่า^{11,33} แต่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ความไว้วางใจในทีมสุขภาพสามารถส่งผลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา³⁶

จากการวิจัยครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับปัจจัยของแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามความไว้วางใจในทีมสุขภาพซึ่งถูกเลือกมาเป็นปัจจัยในมิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในการวิจัยนี้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยาอดภูมิคุ้มกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้เรื่องโรคอย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาจใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพมาใช้ในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

2. ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยรวมทั้งในด้านส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่มีการสุ่ม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงผลการศึกษาถึงผู้ป่วยดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มโรค NMOSD ในเขตพื้นที่อื่นหรือสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีบริบท



ต่างกัน เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทุษณยาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) ของ WHO เช่น มิติด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย เป็นต้น โดยเฉพาะในรายที่มีการขาดยา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Glisson CC. Neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD): treatment and prognosis. UpToDate. Waltham: UpToDate; 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/neuromyelitis-optica-spectrum-disorder-nmosd-treatment-and-prognosis>.
2. Weinshenker BG, Wingerchuk DM, editors. Neuromyelitis spectrum disorders. Mayo Clin Proc 2017;92(5):859-75.
3. Contentti EC, Rojas JI, Cristiano E, Marques VD, Flores-Rivera J, Lana-Peixoto M, et al. Latin American consensus recommendations for management and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders in clinical practice. Mult Scler Relat Disord 2020;45:102428.
4. Prayoonwiwat N, Apiwattanakul M, Pasogpakdee P, Siritho S, Chanatittarat C, Chaikledkaew U. Prevalence of idiopathic inflammatory demyelinating central nervous system disorder in Thailand. Mult Scler J 2015;21(6):824.
5. Suksuchano K, Aungsumart S, Apiwattanakul M. Prognostic factors for first relapse in Thai patients with neuromyelitis optica spectrum disorder. J Neurol Sci 2017;381:1063-4.
6. Aungsumart S, Apiwattanakul M. Cost effectiveness of rituximab and mycophenolate mofetil for neuromyelitis optica spectrum disorder in Thailand: economic evaluation and budget impact analysis. PLoS One 2020;15(2):e0229028.
7. Huang W, Zhang Bao J, Chang X, Wang L, Zhao C, Lu J, et al. Neuromyelitis optica spectrum disorder in China: quality of life and medical care experience. Mult Scler Relat Disord 2020;46:102542.
8. Taameeyapradit P, Asawavichienjinda T, Saraya AW. Factors associated with clinical outcomes of NMOSD patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital. Thai J Neurol 2020;36(3):42-49.
9. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004;77(5):769-76.

3. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เช่น การนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า ดังนั้น จึงควรประเมินความรู้สึกไม่สบายเหล่านี้เพิ่มเติมเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งครอบครัวที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดมา



10. Mehat P, Atiquzzaman M, Esdaile JM, Aviña-Zubieta A, De Vera MA. Medication nonadherence in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2017;69(11):1706-13.
11. Van Den Bernt BJ, Zwikker HE, Van Den Ende CH. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol* 2012;8(4):337-49.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.
13. Manatpreeprem R, Lerkvaleekul B, Vilaiyuk S. Factors associated with medication adherence among children with rheumatic diseases. *Front Pharmacol* 2023;14:1149320. doi:10.3389/fphar.2023.1149320.
14. Huber M, Busch AK, Stalder-Ochsner I, Flammer AJ, Schmid-Mohler G. Medication adherence in adults after hospitalization for heart failure: a cross-sectional study. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev* 2024;20:200234.
15. Drzayich Antol D, Waldman Casebeer A, Khoury R, Michael T, Renda A, Hopson S, et al. The relationship between comorbidity medication adherence and health-related quality of life among patients with cancer. *J Patient Rep Outcomes* 2018;2:1-12.
16. Caskie GI, Sutton MC, Margrett JA. The relation of hypertension to changes in ADL/IADL limitations of Mexican American older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65(3):296-303.
17. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23(8):1296-310.
18. Ruangthip T, Wattanakitkrait D, Charoenkit W, Thumwiphat C. Factors influencing medication adherence among patients with chronic heart failure. *RTN Med J* 2018;44(3):51-66. (in Thai).
19. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail* 2008;14(7):603-10.
20. Aljofan M, Oshibayeva A, Moldaliyev I, Saruarov Y, Maulenkul T, Gaipov A. The rate of medication nonadherence and influencing factors: a systematic Review. *ELECTRON J GEN MED* 2023;20(3):em471. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12946>.
21. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35(6):1239-45.
22. Chaiyachati KH, Ogbuoji O, Price M, Suthar AB, Negussie EK, Bärnighausen T. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS* 2014;28 Suppl 2:S187-204.
23. Shumway CL, Patel BC, Tripathy K, De Jesus O. Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD) [Updated 2024 Jan 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572108/>.

24. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(11):936-40.
25. Malathum P. Translation of the cognitive and neurological function assessment for the elderly: The Six-Item Cognitive Impairment Test. *J Med* 2007;52(4):234-237. (in Thai).
26. Junjai K, Junda T, Panpakdee O. Factors related to medication adherence among patients with systemic lupus erythematosus. *Ramathibodi Nurs J* 2013;19(1):60-72. (in Thai).
27. Department of Medical Services. Guidelines for screening and assessing elderly health, 2021. [Internet]. [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_2.pdf (in Thai).
28. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15(2):303-11.
29. Malatham P, Promkong P, Intarasombut P. Predicting factors for blood glucose levels in blood of older adults with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nurs J* 2010;16(2):217-37. (in Thai).
30. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep* 1990;67(3_suppl):1091-100.
31. Filippi M, Borriello G, Patti F, Inglese M, Trojano M, Marinelli F, et al. Perspectives on neuromyelitis optica spectrum disorders, the narrative medicine contribution to care. *Neurol Sci* 2024;45(4):1589-97. doi: 10.1007/s10072-023-07146-4.
32. Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2013;14(1):1-10.
33. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16(10):1093-101.
34. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Fam Med Prim Care Rev* 2017;4(4):412-6.
35. Thammakul D, Garudas S, Thepwarachai U, Inthong Y. Factors affecting the adherence to antiretroviral medication among HIV/AIDS patients. *J Health Sci Res* 2010;4(2):45-52. (in Thai).
36. Jitautai W, Masingboon K, Mounkum S. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. *RTN Med J* 2022;49(2):417-33. (in Thai).

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน
และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรอง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

A Study of the Situation of Chronic Kidney Disease
in the Community and Strategies to Delay
Its Progression from Chronic Non-Communicable
Diseases Based on the Perspectives of Participants
in Community-Based NCD Screening

ศาสตราจารย์โทโล* กัลยารัตน์ เมธาปินันท์** วิทยา วาโย* จรรยา ศรีมุงคกุล* สุรีย์พร พงษ์พยัคฆ์* สายสุตา จันทวนา*
Sakorn Intolo,* Kunlayarat Methaapinunt,** Wittaya Wayo,* Junya Srimungkun,* Sureeporn Phongphayak*
Saisuda Janhuana*

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ขอนแก่น

*,** Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Khon Kaen Province

** Corresponding Author: kunlayarat.k@bcnkk.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังและแนวทางการชะลอการเสื่อมของไต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอนจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 แห่งในจังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI = 1) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาค ($\alpha = 0.97$) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มโดยมีคำถามกึ่งโครงสร้างและการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีการรับรู้ต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, SD = 0.75) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมมีการรับรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, SD = 0.50) ในขณะที่ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ที่น้อยที่สุด (Mean = 3.98, SD = 0.86)

Received: December 16, 2024; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025



จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การไม่ตระหนักในการรักษา และไม่ควบคุมอาหาร และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ค่านิยมการปรุงอาหาร และการขาดผู้ดูแล โดยแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และคนในชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษารังนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมในอนาคต

คำสำคัญ: การคัดกรอง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรคไตเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This mixed-methods study aimed to explore the perspectives of stakeholders involved in community-based screening for non-communicable diseases (NCDs) regarding the situation of chronic kidney disease (CKD) and strategies to slow its progression. Forty participants were selected through multi-stage random sampling from four primary healthcare units in Khon Kaen Province. The quantitative component used a questionnaire assessing perceptions of CKD in the community, with a content validity index of 1.00 and a Cronbach's alpha of 0.97. The qualitative component involved focus group discussions guided by semi-structured questions and supported by field notes. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The study revealed that, overall, stakeholders involved in the screening of non-communicable diseases (NCDs) in the community demonstrated a high level of awareness regarding the issues and current situation of chronic kidney disease (CKD), with a mean score of 4.23 (SD = 0.75). When considering specific aspects, the highest level of awareness was found in the area of CKD progression management strategies (Mean = 4.63, SD = 0.50), while awareness regarding the self-care behaviors of NCD patients was also high but exhibited the lowest mean score among the dimensions assessed (Mean = 3.98, SD = 0.86).

From the perspective of the stakeholders, the underlying causes of CKD in the community included personal factors among NCD patients—such as lack of treatment adherence and poor dietary control—as well as social factors, including culturally ingrained cooking practices and the absence of caregivers. Effective management strategies for slowing CKD progression among NCD patients comprised educational promotion activities, the provision of clear and practical guidelines, and active community participation. The findings of this study provide essential information for developing a health literacy promotion model tailored to NCD patients, with the aim of preventing or delaying CKD progression in the future.

Keywords: screening, primary care, chronic kidney disease, noncommunicable chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 697.5 ล้านคน¹ และสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 8.4 ล้านคน² นอกจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นแล้วโรคไตเรื้อรังยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกอันดับที่ 8 และคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 5 ภายในปี พ.ศ. 2583³ จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับสถิติของประเทศไทย⁴ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น การมีสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ^{4,5} โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมมีจำนวนมากถึง 113,205 คน และร้อยละ 79.37 หรือ 89,845 คน พบว่า ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสมมีจำนวน 181,967 คน และพบว่า ร้อยละ 55.09 หรือ 100,243 คน ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มก็ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเช่นกัน⁶

ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่การรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในกลุ่มนี้ยังมีน้อย ซึ่งการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มการเกิดโรคไตเรื้อรัง และผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สถานการณ์ปัญหา

ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังได้ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น บุคลากรสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁷ โดยบุคลากรสุขภาพในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการออกแบบแนวทางการกิจกรรมที่จะส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง และมีผู้นำชุมชน และ อสม. เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งบทบาทของ อสม. เริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁸ บทบาทด้านการประสานงาน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคเพื่อช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังจึงอาจมีผลต่อความตระหนักในการปฏิบัติบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรังได้⁹ ทั้งนี้การทำความเข้าใจมุมมองการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. จะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจข้อจำกัดที่จะมีผลต่อการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจมุมมองการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังของผู้มีส่วนร่วมใน



การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พื้นที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ทั้งนี้การศึกษาการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงจะนำไปสู่แนวทางการสร้างความตระหนักร่วมระหว่างผู้ให้บริการทุกระดับและผู้รับบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมที่เป็นรูปธรรมโดยการมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

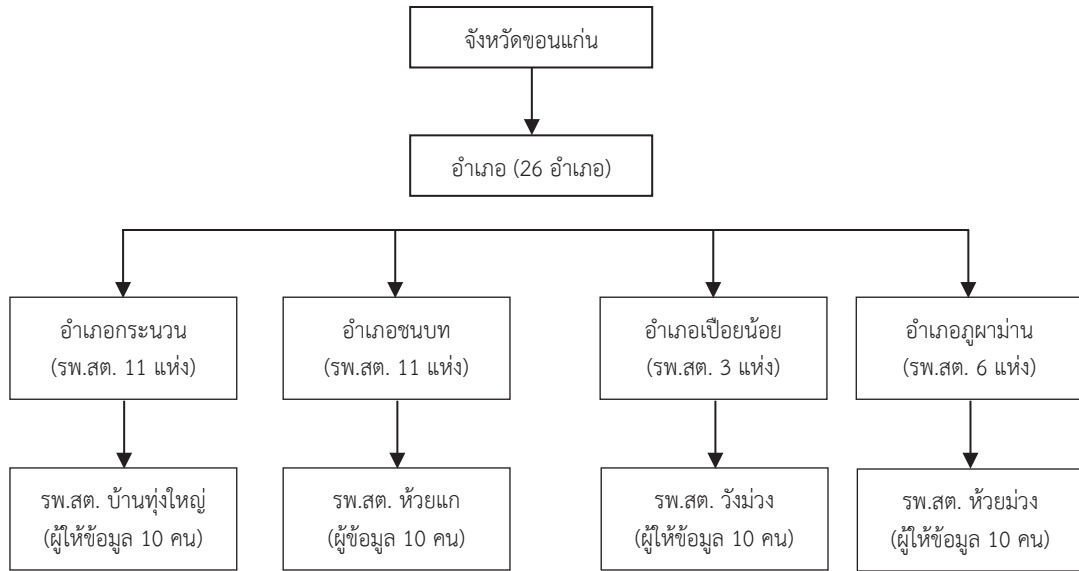
การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method)¹⁰ โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบขนาน (Concurrent design) ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน ทำการศึกษาในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ประชาชนที่มาใช้บริการ จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แสดงในแผนภาพที่ 1 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การสุ่มครั้งที่ 1 เลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ระดับอำเภอ ดำเนินการสุ่มพื้นที่ในการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 26 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอบ้านฝาง อำเภอพระยืน อำเภอหนองเรือ อำเภอชุมแพ อำเภอสีชมพู อำเภอโนนสูง อำเภออุบลรัตน์ อำเภอกระนวน อำเภอบ้านไผ่ อำเภอเปือยน้อย อำเภอพล อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย อำเภอหนองสองห้อง อำเภอภูเวียง อำเภอฆ้องชัย อำเภอชนบท อำเภอเขาสนกวาง อำเภอภูผาม่าน อำเภอคำชะอี อำเภอโคกโพธิ์ไชย อำเภอหนองนาคำ อำเภอบ้านแฮด อำเภอโนนศิลา อำเภอเวียงเก่า ผลการสุ่ม ทำให้ได้ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกระนวน อำเภอเปือยน้อย อำเภอภูผาม่าน และอำเภอชนบท

การสุ่มครั้งที่ 2 เลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย โดยสุ่มเลือกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจากอำเภอ 4 อำเภอ อำเภอละ 1 แห่ง ซึ่งดำเนินการสุ่มเลือกตำบลตามลำดับ ดังนี้ 1) อำเภอกระนวน มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 11 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งใหญ่ 2) อำเภอชนบท มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 11 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก 3) อำเภอเปือยน้อย มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง และ 4) อำเภอภูผาม่าน มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 6 แห่ง สุ่มเลือกได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยม่วง

การสุ่มครั้งที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า



แผนภาพที่ 1 ลำดับการสุ่มพื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัย ใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตอน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา และบทบาทในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน รวม 10 ข้อ แยกเป็น 3 ประเด็น คือ ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) (5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยมาก

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และนำไปทดสอบกับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.97 แล้วจึงนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่ศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 แห่ง แห่งละ 10 คน รวมจำนวน 40 คน โดยกำหนดสัดส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น 1:1:8 โดยมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน มีคุณสมบัติ คือ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 2 ครั้ง

3) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคุณสมบัติ คือ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่วิจัย ไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง 4) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 5) กรณีอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ได้คะแนนอยู่ในระดับ 0 - 5 คะแนน และประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ได้คะแนน มากกว่า 17 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามในการสนทนามุ่งมองต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พื้นที่ศึกษา จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาเชิงปริมาณ¹¹

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)¹² ดำเนินการตามขั้นตอน โดยจัดเตรียมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ด้วยการถอดเทปการสนทนากลุ่ม (Transcribed verbatim) กำหนดประเด็นวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดและเข้ารหัสข้อความ (Coding) จัดหมวดหมู่ของข้อมูล เป็นหัวข้อใหญ่ (Categories) หัวข้อย่อย (Subcategory) นำเสนอผลการวิจัยภายใต้หัวข้อแต่ละหัวข้อ โดยมีการสนับสนุนจากข้อมูลหัตถ์ภูมิ และการใส่คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบ

ความเข้มงวดในการศึกษา (Rigorous)
ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้ทักษะของนักวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตระหนักถึงการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพทุกขั้นตอน มีความไวเชิงวัฒนธรรมและมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยและทีมวิจัยสามารถพูดและฟังภาษาถิ่นได้ในระดับดีมาก ช่วยให้ทีมผู้วิจัยเข้าถึงชุมชนและสร้างความไว้วางใจในการเก็บข้อมูลได้อย่างดี

2. ด้านข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลหลายวิธี คือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ตลอดจนข้อมูลจากการสังเกต และผู้วิจัยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจทานความหมายก่อนนำมาสรุปและตีความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้การชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบทจังหวัดขอนแก่น ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

รหัสโครงการ IRB-BCNKK-34-2023 ลงวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และผู้ให้ข้อมูล ลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกครั้ง รวมทั้งแจ้งสิทธิให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้วิจัยทำการ สัมภาษณ์ภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล เท่านั้น โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกยุติการให้ข้อมูล ได้โดยอิสระ และถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการ คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากัน โดยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 46 - 59 ปี

คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 30 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85 รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 10 และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 5 มากกว่าร้อยละ 60 มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผลการ ศึกษาการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรอง ภาวะสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อปัญหาและ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัญหาและสถานการณ์ โรคไตเรื้อรังในชุมชน พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อปัญหาและสถานการณ์โรคไตเรื้อรังใน ชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, SD = 0.75) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแนวทางการ จัดการชะลอไตเสื่อมมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, SD = 0.50) ในขณะที่ด้านการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการรับรู้ในระดับ มาก แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ที่น้อยที่สุด (Mean = 3.98; SD = 0.86) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน (n = 40)

รายการ	Mean	SD	การรับรู้
1. ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชน	4.14	0.86	มาก
1.1 ชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น	4.19	0.88	มาก
1.2 จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มเสี่ยง ภาวะไตเสื่อม	4.24	0.80	มาก
1.3 ภาวะไตเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.22	0.84	มาก
1.4 ภาวะไตเสื่อมสามารถป้องกันได้	3.91	0.92	มาก
2. ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.98	0.86	มาก
2.1 กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักไม่สนใจการคัดกรองโรคเพราะคิดว่า ตนเองปกติดี	4.14	0.85	มาก
2.2 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากปรับพฤติกรรมตนเองได้จะลดความ เสี่ยงภาวะไตเสื่อม	4.00	0.86	มาก
2.3 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องจะป้องกันภาวะ ไตเสื่อมได้	3.80	0.88	มาก

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน (n = 40) (ต่อ)

รายการ	Mean	SD	การรับรู้
3. ด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม	4.63	0.50	มากที่สุด
3.1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อไตเสื่อม	4.63	0.46	มากที่สุด
3.2. แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมควรเน้นการให้ความรู้และสอนให้ปฏิบัติได้	4.70	0.48	มากที่สุด
3.3. ทุกคนในชุมชนมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม	4.56	0.56	มากที่สุด
โดยรวม	4.23	0.75	มาก

ส่วนที่ 2 มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน สะท้อนมุมมองความคิดเห็นต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมในชุมชน 2 ประเด็น คือ มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม (แผนภาพที่ 2)

ประเด็นที่ 1 มูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ได้สะท้อนถึงการรับรู้เกี่ยวกับมูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 2 ประเด็นสำคัญ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยทางสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุมมองของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีโอกาสส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดโรคไตเรื้อรังได้ในภายหลัง คือ ไม่ตระหนักในการรักษา และไม่ควบคุมอาหาร

1.1 ไม่ตระหนักในการรักษา ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ละเลยการติดตามคัดกรองโรค และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มักไม่ให้ความสำคัญต่อการติดตามการรักษาหรือไม่ใส่ใจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองตามที่บุคลากรสุขภาพ

แนะนำ โดยมักจะคิดว่ารับประทานยาทุกวัน การฉีดยาควบคุมน้ำตาลทุกวัน เป็นการลดระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร บางคนคิดว่ายาฉีดสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ายารับประทาน จึงไม่ได้คิดว่าการเปลี่ยนจากการรับประทานยาเป็นการฉีดยาเป็นประเด็นสำคัญ และมีความคิดว่าการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะไตเสื่อม ภายหลังจากโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช่จะเกิดขึ้นกับทุกคน คนที่โชคร้ายเท่านั้นที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

“เขาเรียกว่าไม่เห็นโรคที่ไม่หลั่งน้ำตาล ถ้าไม่อาการหนักล้มหมอนนอนเสื่อ คนที่เริ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน เสี่ยงต่อความดัน แค่อัดกรองเบาหวาน ความดันฟรี ก็ไม่สนใจ บอกว่าเสียเวลาในการทำงานจะไปตรวจทำไมไม่ได้เป็นอะไรสักหน่อย” (MHV-F3-1)

“คงเป็นเรื่องการไม่ใส่ใจ ไม่ตระหนัก ไม่กลัวความรุนแรงของโรค บางคนคิดว่าการฉีดยา คือ ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ากินยา เวลาเราแนะนำ เขาก็จะบอกว่า โรคไตวายมันคงไม่เกิดกับทุกคนหรอก เขามีหลายโรคเพิ่มเลยเป็น เราเป็นเบาหวาน อย่างเดียวคงไม่เป็นหรอก” (CG-F2-3)

1.2 ไม่ควบคุมอาหาร ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงประเด็น การไม่ควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจนส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมองประเด็นการควบคุมอาหารเป็นเรื่องไม่สำคัญเพราะคิดว่าได้รับยาเพื่อการรักษาอยู่แล้ว และการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง

จะช่วยให้มีกำลังแรงงานในการประกอบกิจกรรมหรือการทำงาน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมักจะใส่ใจควบคุมอาหารในช่วงก่อนวันที่แพทย์นัด เนื่องจากไม่ต้องการเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับ ภายหลังการตรวจตามนัดแต่ละครั้ง ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการไม่ควบคุมอาหารดังนี้

“จากที่สังเกตบางคนเป็นเบาหวาน ความดันมาหลายสิบปี แต่ก็ไม่ปรับพฤติกรรมตนเองเพิ่มมักจะบอกว่า ไม่ตายเพราะเบาหวานความดันหรอก แต่จะตายเพราะคะลำกิน (ควบคุมอาหาร) นี่ละ กินนั้นก็ไม่ได้ กินนี้ก็ไม่ได้ เลยจะกินอะไรไม่ได้เลย” (VH-F1-1)

“บางคนก็รู้จะเป็นเบาหวาน กินของหวานไม่ได้ แต่ปากมันอยากกิน ขอให้ได้ชิม แต่พอชิมได้ ก็ขอเพิ่มปริมาณขึ้นเล็กน้อย พอเพิ่มบ่อยๆ ก็เลยคุมน้ำตาลไม่อยู่เลยทีนี้” (VH-M4)

“บางคนก็ชอบพูดว่า ช่วงกินได้ก็ให้กินเถอะ เบาหวานไม่ได้สูงมาก เดียวกินยากก็ลงไม่กินตอนนี้พอตอนป่วยหนักๆ ก็ไม่สามารถกินอะไรได้ ดังนั้นอยากกินก็กินเลย” (CG-F2-1)

2. ปัจจัยทางสังคม มุมมองของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยค่านิยมการปรุงอาหาร และการขาดผู้ดูแล

2.1 ค่านิยมการปรุงอาหาร ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความสำคัญของค่านิยมการประกอบอาหารที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยกตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารที่มีปลาร้าเป็นองค์ประกอบ หรือการใช้ปลาร้าเป็นเครื่องปรุงรสอาหาร ซึ่งถือเป็นวิถีการปฏิบัติจากอดีตจนถึงปัจจุบันของคนในชนบทอีสาน ตลอดจนค่านิยมในการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรส ซึ่งมีสารโซเดียมสูงตามกฎหมายเป็นองค์ประกอบ

อีกทั้งการซื้ออาหารสำเร็จรูปตามร้านอาหารทั่วไป แทนการประกอบอาหารรับประทานเอง ซึ่งร้านอาหารส่วนใหญ่จะนิยมปรุงรสด้วยผงปรุงรสหรือผงชูรสเป็นหลัก ประเด็นนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย

“บางสิ่งบางอย่างมันเป็นวิถีทางวัฒนธรรม เช่น กินปลาร้า พอเราจะไปแนะนำให้ลดปริมาณ หรือหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยปลาร้า มันก็คงยากเพราะเขาปฏิบัติแบบนี้มานานแล้ว” (HP-M2)

“แม่ค้าบ้านเรา เขาชอบปรุงอาหารด้วยผงชูรส หรือผงปรุงรส เพราะความนิยมเชื่อที่ปฏิบัติตามกันมา ถ้าได้มากก็จะทำให้รสชาติอาหารดีขึ้น คนซื้อก็จะติดใจ เลยกลายเป็นว่าคนทั่วไปนิยมชมชอบการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรสถึงแม้จะรู้ว่ามันผลต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ยังทำเช่นเดิมเป็นอะไรที่เปลี่ยนแปลงยาก” (VH-F1-2)

2.2 การขาดผู้ดูแล มุมมองของผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนประเด็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือ การขาดผู้ดูแลในครอบครัวในการติดตามกำกับดูแลในประเด็น การรับประทานยา การประกอบอาหารที่สอดคล้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือการดูแลในกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ย่อมได้รับผลกระทบต่องานการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นได้

“บางคนอยู่คนเดียว ไม่มีใครดูแล ไม่มีคนควบคุมกำกับเกี่ยวกับการกินยา การกินอาหาร ก็เลยเกิดอาการรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนได้ง่าย” (CG-F1-4)

“ยาย ก เป็นอยู่คนเดียว เป็นเบาหวานมานาน เวลาจะไปหาหมอตามนัดก็จะค่อนข้างลำบาก เป็นเบาหวานแต่ก่อนกินยา แต่พอปรับมาฉีดยา แก่ก็ฉีดบ้างไม่ฉีดบ้าง ตอนนี้อยากกลายเป็นไตรระยะสุดท้ายแล้ว” (VHV-F3-3)

“ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังก็น่าเป็นห่วง เวลาไม่สบาย อาการไม่ดี ถ้าไม่มีใครเห็นก็จะทำให้ เข้าถึงบริการสุขภาพไม่ทันเวลา ชุมชนเรามีระบบ รถบริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยของ อบต. แต่ถ้าเพิ่นไม่มี โทรศัพท์เรียก หรือไม่มีคนช่วยเรียกให้ มันก็ไปไม่ทันเวลานะ” (HP-M2)

ประเด็นที่ 2 แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน ได้เสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ ผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนถึงรูปแบบการส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อมที่จะได้ผลดี ต้องเน้นให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองด้วยความเข้าใจตามมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยการส่งเสริมความรู้ควรเน้นการแลกเปลี่ยนมุมมองและความรู้ระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ คู่มือแนวทางการปฏิบัติ และรูปแบบกิจกรรมควรกระตุ้นให้สามารถปฏิบัติได้จริง

“ผู้ป่วยต้องรู้วิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การให้ความรู้แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ท้ง่าย แต่ยากที่จะเห็นผลในระยะสั้น แต่ถ้าเราสร้างความเข้าใจให้กับเขา ให้เขาได้ไตร่ตรองและนำความรู้ไปใช้ตามความเข้าใจของเขา มันจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ต้องเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมองเป็นสำคัญ” (VH-F2)

“การให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรม ได้สะท้อนความรู้สึกบ้างก็จะดีมาก บางที่เราใช้มุมมองของผู้ให้บริการไปตัดสินความคิดของผู้ป่วยมากจนเกินไป ซึ่งมันอาจทำให้เราได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยน้อย” (HP-M3)

2. มีคู่มือการปฏิบัติ การจะส่งเสริมการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ จำเป็นต้องมีแนวทางการประกอบกรอบอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติในรูปแบบ

ของคู่มือ ซึ่งควรเน้นเนื้อหาที่ชัดเจน กระชับและเข้าใจง่าย ผู้ป่วยสามารถเปิดอ่านศึกษาได้ด้วยตนเอง ทุกเวลาทุกสถานการณ์

“ถ้ามีหนังสือ มีคู่มือ หรือตัวอย่างอะไรให้ดู ผู้ป่วยก็จะได้มีแนวทางในการฝึกการปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อต้องอยู่ลำพัง ซึ่งคู่มือควรเป็นภาษาที่สามารถอ่านเข้าใจง่าย” (VHV-F4-3)

“บางทีเวลาคุณหมอสอนมันก็เข้าใจอยู่นะคะตอนที่สอน แต่พอคุณหมอกลับไปแล้วนี้แหละมันจะลืม ยิ่งเป็นผู้สูงอายุยิ่งหลงลืมง่าย ถ้ามีคู่มือแจกให้ มีสรุปเนื้อหาตามที่คุณหมอสอน มีรูปประกอบ ก็จะได้ทบทวนอ่านเพิ่มเติม ทำตามคู่มือด้วยตัวเอง แบบนี้น่าจะดี” (VHV-F3-4)

“การให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมสนุกสนานด้วยกัน ก็จะช่วยกระตุ้นความสนใจได้ดี ทำให้กิจกรรมการเรียนรู้การส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อมไม่น่าเบื่อจนเกินไป” (HP-M3)

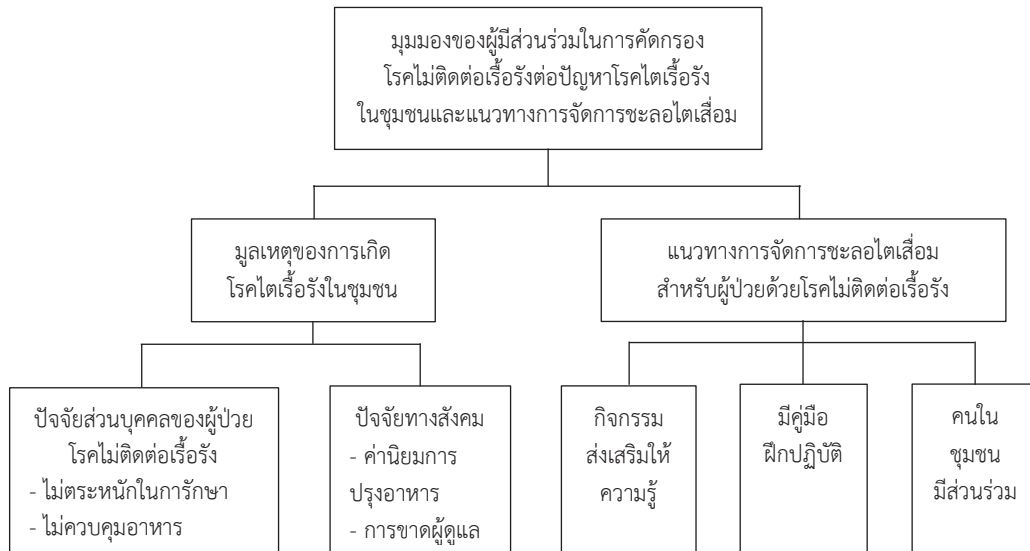
3. คนในชุมชนมีส่วนร่วม มุมมองความคิดเห็นที่สะท้อนถึงการเกิดความยั่งยืนของการส่งเสริมความรู้การชะลอไตเสื่อม และจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคือการที่คนในชุมชนเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหของคนในชุมชน โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ สมาชิกในครอบครัว อีกทั้งปัจจัยด้านค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น ค่านิยมในการปรุงรสอาหารด้วยผงชูรสหรือผงปรุงรส การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนในการคัดกรองโรคในชุมชน เช่น อสม. ด้วย อสม. คือ บุคคลกลุ่มแรกที่เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จึงมีส่วนสำคัญในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพและการประสานงานที่สำคัญ ตลอดจนคนในชุมชนที่มีส่วนในการสร้างค่านิยมต่างๆ ที่นำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติของคนในชุมชน เช่น การสร้างค่านิยมใหม่ในการปรุงอาหารที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

“ทำอะไรถ้าใช้การมีส่วนร่วมของคนที่เกี่ยวข้องมันจะเกิดผลที่ดีและอยู่ได้นาน เช่น ถ้าเราให้คนในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและตรวจสอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เขาอยู่ใกล้ชิดเขาจะทำได้ดีกว่าเรา” (HP-F2)

“โดยปกติคนบ้านเราใส่ใจดูแลกัน คอยอยู่ค่ะ เวลาใครป่วยก็ไปเยี่ยมยามถามข่าวกัน ถ้ามี

กิจกรรมส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลกัน ทำอะไรก็ทำด้วยกันเป็นแนวทางเดียวกัน ก็น่าจะพอทำได้” (VH-F2-1)

“เราเคยสำรวจเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารตามร้านค้าในชุมชน เขาก็ให้ความร่วมมือในการสำรวจนะ ถ้าเราจะตั้งข้อตกลงร่วมกันก็น่าจะมีความเป็นไปได้ ถ้าคนในชุมชนเห็นดีเห็นงามด้วยกัน การแก้ไขปัญหาก็คงทำได้” (VH-F3-1)



แผนภาพที่ 2 มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาด้านแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมเป็นอันดับแรก ด้วยเพราะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹³ จากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานทำให้ทราบแนวโน้ม

ของปัญหาโรคไตที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังพบของ อสม. ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชะลอไตเสื่อมในปัจจุบันอาจยังไม่มี ความชัดเจนมากนัก แนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจึงเป็นประเด็นที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสนใจและให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมควรส่งเสริมให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหา



การจัดการชะลอไตเสื่อมร่วมกัน และ อสม. คือ บุคคลสำคัญที่ต้องมีส่วนร่วม เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้ง่าย และมีส่วนสำคัญในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และการประสานงานด้านการดูแลสุขภาพ ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ยังให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชนและด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในลำดับรองลงมา ด้วยทั้ง 2 ประเด็นเป็นปัญหาที่มองโดยภาพรวม ในส่วนการรับรู้ด้านความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาโรคไตในชุมชนเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและมีสถานภาพสมรสจึงตระหนักถึงปัญหาโรคไตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้¹⁴ ส่วนการรับรู้ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในระดับมากมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นมูลเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ระบุถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว คือ การไม่ตระหนักในการรักษาและไม่ควบคุมอาหาร อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ ค่านิยมการปรุงอาหาร ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของคนในชุมชนได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharif, Amital, & Shoenfeld¹⁵ ที่กล่าวว่าอาหารประจำถิ่นของแต่ละภูมิภาคมักจะส่งผลให้การบริโภคโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไปมาตรฐานกำหนดและนำไปสู่การเกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้อาจมีมูลเหตุบางประการที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณโซเดียมได้ เช่น ความสะดวกของคนประกอบอาหารสำหรับครอบครัว ซึ่งมักจะประกอบอาหารชนิดเดียวและรับประทานทั้งครอบครัว¹⁶ ปัญหาการขาดผู้ดูแลเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่อยู่ลำพังมักเป็นผู้สูงอายุ และปัญหาที่พบ

คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า เนื่องจากการขาดคนดูแลช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย และเมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนการรักษา เช่น การเปลี่ยนรูปแบบการบริหารยาจากการรับประทานยาเบาหวานเป็นการฉีดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และมักเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนตามมา จะเห็นได้ว่า การขาดผู้ดูแลเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ และยังมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยทำให้รู้สึกหดหู่ ขาดที่ปรึกษาหรือคนพูดคุยที่คอยดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹⁷

มุมมองความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้สะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อม โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะการรักษาต่อเนื่องและการไม่ควบคุมอาหาร จึงมีโอกาสที่จะเกิดไตเสื่อมได้ง่าย โดยการส่งเสริมให้ความรู้ต้องมุ่งเน้นและควรดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีคู่มือหรือเอกสารเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคม นั่นคือ การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน จากผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชนและแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมจากโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคไตไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมที่สอดคล้องกับมุมมองความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy model)¹⁸ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถส่งเสริมทักษะทางด้านปัญญาและทักษะทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการกำหนดแรงจูงใจของตนเองเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้ทางด้านสุขภาพไปใช้ในการแนะนำบุคคลอื่นๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น พยาบาลชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข

ควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการชะลอไตเสื่อม

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองสุขภาพควรเน้นการให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการคัดกรองโรคเพื่อส่งเสริมความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาต่อยอดจากผลการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาในการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Carney EF. The impact of chronic kidney disease on global health. *Nat Rev Nephrol* 2020;16(5):251.
2. Jantacumma N, Padoungpattanakul S, Kaewsarn P. Effects of the health screening and communication capacity building program of village health volunteers in preventing chronic kidney disease. *Journal of Health and Nursing Research* 2024;40(2):113-25. (in Thai).
3. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392(10159):2052-90.
4. Mongkolsrisawat C. The effectiveness of a health education program for the care of chronic kidney disease patients at the kidney clinic at Phu Pha Man Hospital, Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal* 2020;13(2):485-91. (in Thai).
5. The Nephrologist Society of Thailand. Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before kidney replacement therapy, 2015. [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>. (in Thai).
6. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Women and other risk factors for chronic kidney disease of unknown etiology in Thailand: National Health Examination V Survey. *Sci Rep* 2021;11(1):21366.

7. Thanirat S, Radaburt M, Wichainrat S, Sumawan W. Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research* 2021;15(3):83-94. (in Thai).
8. Intolo S. The integrated stroke preventive care services for older persons. *RTN Med J* 2020;47(3):687-703. (in Thai).
9. Singkum S, Chumnaborirak P. The community health network for improving quality of care for patients with chronic renal disease. *Maharakham Hospital Journal* 2019;16(3):149-58. (in Thai).
10. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2018.
11. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res* 1991;40(2):120-3.
12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15(9):1277-88.
13. Surawatakul S, Laorat S, Dermtamrum L. Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District. *Academic Journal of Maharakham Provincial Public Health Office* 2020;4(7):129-43. (in Thai).
14. Chuengsamarn P, Kasemsup V. PD first policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patients with end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 2017;37(3):287-95. (in Thai).
15. Sharif K, Amital H, Shoenfeld Y. The role of dietary sodium in autoimmune diseases: the salty truth. *Autoimmun Rev* 2018;17(11):1069-73.
16. Ruaisungnoen W, Saensom D, Methakanjanasak N, Daenseekaew S, Chaiyapoom N, Khanthamoon R, et al. High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(3):242-50. (in Thai).
17. Duanphon S, Phajan T, Srimuang P. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among patients with diabetes mellitus and hypertension at Ban Kha Yai Tambon Health Promoting Hospital, Chaturaphak Piman District, Roi Et Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(34):142-57. (in Thai).
18. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072-8.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก

The Effects of Self-Management Program on Postpartum Stress and Flatulence in Primiparous Mothers after Cesarean Section

ปัทมา สว่างวรรณ* จิตรัตน์ สิงห์ศรี** นิสชล สุขแก้ว** ชุริรัตน์ เพชรวัชรไพบูลย์***

Papatchaya Sawangvun,* Thidarat Singsri,** Nisachon Sukkeaw,** Chureerut Phetwatcharapiboon***

*,** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.สงขลา

*,** Boromrajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Songkhla Province

*** โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา

*** Songkhla Hospital, Songkhla Province

* Corresponding Author: wanpen_253@outlook.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3) แบบประเมินภาวะเครียด และ 4) แบบประเมินภาวะท้องอืด แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินภาวะท้องอืด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.15, p < .01$) ภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$) และ ($t = 3.23, p < .01$) ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ภาวะเครียดหลังคลอด ภาวะท้องอืด การผ่าตัดคลอด มารดาครรภ์แรก

Received: December 27, 2024; Revised: April 20, 2025; Accepted: May 8, 2025



Abstract

The purposes of this research were to study the effects of a self-management program on postpartum stress and flatulence in primiparous mothers after cesarean section. The instruments used in the experiment consisted of the self-management program, and four sets of data collection tools as follows: (1) Personal information record form; (2) Self-management behavior assessment form; (3) Stress assessment form; and (4) Flatulence assessment form. The self-management behavior assessment and the flatulence assessment form were reviewed for content validity by 3 experts with Content Validity Index (CVI) of 1. The reliability of self-management behavior assessment form, the stress assessment form and the flatulence assessment form were tested with a sample of 10 people using Cronbach's alpha coefficient yielding values of 0.77, 0.86 and 0.74, respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test.

The results of the study were as follows: primiparous mothers after cesarean section in the experimental group who received self-management program had significantly better behavior than the control group who received care according to hospital standards ($t = -3.15$, $p < .01$). The stress and flatulence in the experimental group were significantly lower than the control group ($t = 2.31$, $p < .05$) and ($t = 3.23$, $p < .01$), respectively. In addition, when comparing the stress level of primiparous mothers after cesarean section before and after receiving the self-management program, it was found that after the experiment, their stress significantly decreased, ($t = 4.82$, $p < .01$).

Keywords: self-management, postpartum stress, flatulence, cesarean section, primiparous mothers

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี พ.ศ. 2559 - 2564 พบประมาณร้อยละ 35 ของจำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำไว้ที่ร้อยละ 10 - 15 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศไทยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย และสูงกว่าหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น¹ เป็นการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นสูงถึงร้อยละ 40 ปัจจัยที่ทำให้มีการผ่าตัดคลอดเพิ่ม

มากขึ้น ได้แก่ ข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม การบริหารเวลาของแพทย์ ความต้องการของผู้คลอด เนื่องจากกลัวเจ็บกลัวช่องคลอดฉีกขาด กลัวอันตรายขณะคลอด คำนึงถึงความสะดวกสบาย และถูกข่มขู่ยามตี²

การผ่าตัดคลอดของมารดาครั้งแรก ทำให้มารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของการเป็นมารดา ทั้งนี้เนื่องจากระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด มารดายังคงมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความยากลำบากในการควบคุมตนเองและการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการปรับตัวบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความแตกต่างจากมารดาที่คลอดบุตรปกติโดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมักเกิดปัญหาใน

การปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดา และความพึงพอใจต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากในระยะแรกมารดาต้องรับหน้าที่ทั้งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเป็นมารดาหลังคลอดในเวลาเดียวกัน ต้องรับผิดชอบในการดูแลบุตรเกิดใหม่ ในขณะที่สภาพร่างกายหลังผ่าตัดยังไม่พร้อม จึงเป็นสาเหตุให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้ช้า และเกิดความเครียด มีอาการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ซึมเศร้า ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น³ จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีการแสดงออกของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 และระดับรุนแรง ร้อยละ 24.71⁴

ภาวะเครียด คือ ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะกดดัน จนไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเกิดอาการหัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น หายใจเร็วตื่น ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อหดเกร็ง เส้นเลือดบริเวณอวัยวะย่อยอาหารหดตัว เหงื่อออก และมีอาการแสดง ปวดศีรษะ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ⁵ ซึ่งการผ่าตัดคลอดพบความเสี่ยงทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น คือ เกิดความเครียดเฉียบพลันและคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จากผลการวิจัยพบการตอบสนองความเข้มข้นระดับภูมิคุ้มกัน IL-1 β และ IL-10 ของกลุ่มผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ แสดงให้เห็นว่ามารดาผ่าตัดคลอดมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่คลอดปกติทางช่องคลอด⁶ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอดที่มักพบบ่อย ได้แก่ ภาวะท้องอืด เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อมีการฉีกขาดเกิดปัญหาตามมาหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวด เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและความปวดจากมดลูกหดตัวหลังคลอด เมื่อปวดมากมารดา ก็จะเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงซึ่งมักจะนอนในท่าเดียวนานๆ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่พบได้มาก คือ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ ตามลำดับ⁷

ภาวะท้องอืด คือ ภาวะที่รู้สึกแน่นอึดอัดท้องเนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว มีการสะสมของแก๊ส ทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เกิดอาการไม่สบาย จากการศึกษาค้นคว้าสถิติโรงพยาบาลนครพนม พ.ศ. 2562 ในระยะเวลา 6 เดือน พบมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะท้องอืดจำนวน 16 ราย สาเหตุจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และได้รับยา morphine เพื่อบรรเทาปวด ภาวะท้องอืดเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และนานถึง 3 - 4 วัน โดยไม่มีการผายลม เรอ และไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้⁴ ภาวะท้องอืดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด และมีปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในดูแลเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด พบปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหลังผ่าตัด คือ ภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในมารดาผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมากกว่ามารดาครรภ์หลัง หากมารดามีกระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ความเครียดและภาวะท้องอืดลดลงได้ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick⁸ ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการของบุคคลที่จัดการกระทำกับตนเองอย่างมุ่งมั่นเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยปฏิบัติตามแผนการรักษาย่างเหมาะสมและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.74, SD = 0.47) แต่มีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean =



0.69, SD = 0.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁹ ข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ยังมีความบกพร่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยผู้วิจัยจะประเมินระดับความเครียดก่อนผ่าตัด และมีการกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดตลอด โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอด 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และมีการประเมินพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัดตลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้ผู้คลอดทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอด และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยการบอกให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ หรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งโปรแกรมนี้นี้จะทำให้มารดาได้รับทราบข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอดล่วงหน้า ทำให้มีการเตรียมตัวเตรียมใจ พร้อมทั้งจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และมีการประเมินตนเองเป็นระยะๆ ว่าสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ได้หรือไม่ ทำให้ภาวะเครียดลดลง และการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดฟื้นฟูลักษณะตนเองได้เร็ว ลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดตลอดได้

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดขึ้นมากมาย เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังการผ่าตัดตลอดกับการฟื้นตัวเร็วของการทำงานของลำไส้ การใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมในบางบริบทอาจจะยังไม่เหมาะสำหรับผู้บริการในประเทศไทย และปัญหาภาวะเครียดและภาวะท้องอืดก็ยังคงเป็นปัญหาที่พบเจอได้อยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ขึ้นมาเพื่อเป็น

ทางเลือกหนึ่งในการลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัดตลอด ลดภาวะเครียดในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาครั้งแรก และลดภาวะท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเครียดและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองไว้ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) หากมารดาครั้งแรกที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัดตลอด มีพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดตลอดอย่างเหมาะสมอาจช่วยลดภาวะเครียดในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดาครั้งแรก และลดภาวะท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดตลอดได้

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดการตนเอง (self-management)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแต่ละขั้นตอนเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)

- สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
- ประเมินภาวะเครียดก่อนผ่าตัดคลอด
- กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด
- ขอเบอร์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตามในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self-monitoring)

- ให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลังผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป
- ให้แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-evaluation)

- หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ดังนี้
 - 1) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด
 - 2) แบบประเมินภาวะเครียดหลังผ่าตัดคลอด
 - 3) แบบประเมินภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 4 การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

- บอกให้รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายที่วางไว้
- กล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด
2. ภาวะเครียดหลังผ่าตัดคลอด
3. ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอด ณ โรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดแบบนัดล่วงหน้า เข้าพักเพื่อการเตรียมความพร้อม ณ แผนกสูติกรรมหรือห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 - 31 ตุลาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.4 กำหนด $\beta = .80$, $\alpha = .05$ และ Effect size .80⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย และทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย คัดเลือกโดยวิธีเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย

และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์ในการรับเข้าไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดครรภ์แรกแบบนัดล่วงหน้า
2. ไม่มีอาการทางจิตเวช หรือรับการรักษาทางจิตเวช

3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้



1. ตกเลือด (สูญเสียเลือดระหว่างการคลอด ตั้งแต่ 1,000 มิลลิกรัม)

2. มารดามีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินภาวะเครียดก่อนผ่าตัดคลอด กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และขอเบอร์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตามในครั้งต่อไป 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลังผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป เมื่อให้ความรู้เสร็จสิ้นแล้วจะให้สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมาย

ที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นชุดคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก หลังผ่าตัด และยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ คำถามเชิงลบ 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก

สม่ำเสมอ หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ เท่ากับ 4 คะแนน

ค่อนข้างบ่อย หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่บ่อยๆ เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติไม่บ่อย ได้ปฏิบัติบ้าง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก

วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปรับปรุง ปานกลาง ดี และดีมาก ซึ่งคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 15 คะแนน และมากที่สุดเท่ากับ 60 คะแนน โดยใช้สูตรคำนวณในการแบ่งระดับคะแนน จากสูตร ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยที่สุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

คะแนน 15.00 - 26.25 พฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ในระดับปรับปรุง

คะแนน 26.26 - 37.50 พฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 37.51 - 48.75 พฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี

คะแนน 48.76 - 60.00 พฤติกรรมจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก

2.3 แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 4 = มีภาวะเครียดน้อย คะแนน 5 - 7 = มีภาวะเครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 = มีภาวะเครียดมาก และคะแนน 10 - 15 = มีภาวะเครียดมากที่สุด

2.4 แบบประเมินภาวะท้องอืด พัฒนาเครื่องมือจาก สิริอร ช้อย่น, วิศรดา ภู่วี และ อาภา ศรีสร้อย⁹ มี 4 ข้อ คะแนน 4 - 12 คะแนน โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 1 - 3 คะแนน วิธีการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 4.00 - 5.90 = ไม่มีภาวะท้องอืด คะแนน 6.00 - 7.90 = มีภาวะท้องอืดน้อย คะแนน 8.00 - 9.90 = มีภาวะท้องอืดปานกลาง และคะแนน 10.00 - 12.00 = มีภาวะท้องอืดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินภาวะท้องอืดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาเนื้อหาตลอดจนความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1¹⁰

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) และแบบประเมินภาวะท้องอืด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดย รัตนศิริ ทาไธ¹¹ กล่าวว่า การทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่หายาก ให้ใช้จำนวน 10 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัย ผ่านการอนุมัติโครงการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัย ที่ผ่านการอนุมัติแล้ว ทำหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลสงขลา

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลมารดาครรภ์แรก ที่มาเตรียมผ่าตัดคลอดในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและพยาบาลปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์

6. ผู้วิจัยถามความสนใจในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย หากมารดาครรภ์แรกที่มารับการผ่าตัดคลอด แบบนัดล่วงหน้า สนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัคร จากนั้นให้คำอธิบายเพิ่มเติมและตอบข้อซักถาม เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจ กรณีที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้มารดาลงนามในเอกสารยินยอม และดำเนินการทดลอง

7. วิธีการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

7.1 กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 วันแรกที่มารดาเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด เข้าสู่ขั้นตอนที่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินภาวะเครียดก่อนผ่าตัดคลอด กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และขอเบอร์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความสะดวกในการติดตามในครั้งต่อไป ขั้นตอนที่ 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัว



หลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย การผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแล หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลัง ผ่าตัดคลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป เมื่อให้ความรู้ เสร็จสิ้นแล้วจะให้สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการ ตนเองหลังผ่าตัดคลอด

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง
ขั้นตอนที่ 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบประเมิน พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด ขั้นตอนที่ 4) การให้ แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้ รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมาย ที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัว ได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย

7.2 กลุ่มควบคุม

มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการ ดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ทำแบบ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมิน ภาวะเครียด และแบบประเมินภาวะท้องอืด

8. เมื่อได้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย ผู้วิจัยนำ ข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสงขลา เอกสาร รับรองเลขที่ SKH IRB 2024-Edu-On3-1051 อนุมัติ วันที่ 26 มีนาคม 2567 สิ้นสุดการอนุมัติวันที่ 26 มีนาคม 2568 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือ ขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และพยาบาลปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของ

อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และการดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บข้อมูลการวิจัยโดยถามความ สนใจในการเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย หากมารดา ครรภ์แรกที่มาเตรียมผ่าตัดคลอดสนใจเป็นอาสาสมัคร เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารคำชี้แจง ซึ่งมีเนื้อหา เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวม ข้อมูล ความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามหัวข้อในเอกสาร คำอธิบาย และชี้แจงให้ทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ในระหว่างการศึกษาอาสาสมัคร สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดย ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาข้อมูลจากอาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอ เป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแล้ว อาสาสมัคร ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอม และดำเนินการวิจัยต่อไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มา รับ การผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ผู้วิจัยระมัดระวังสิ่งที่อาจเป็น อันตรายต่อทารกในครรภ์และผลกระทบต่อสุขภาพ มารดา ในการวิจัยนี้อาจมีผลต่ออาการไม่สุขสบาย จากการนั่งนานใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมและ ตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที ดังนั้นเมื่อ อาสาสมัครรับฟังการให้โปรแกรมเสร็จแล้ว ผู้วิจัย ให้พัก 5 - 10 นาที แล้วจึงทำแบบสอบถาม

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ในขั้นตอนการ ประเมินผล หากพบว่ามารดามีความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลางเป็นต้นไป จะขออนุญาตมารดาส่ง ข้อมูลให้กับพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้มารดาได้รับการ ดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้อาจมี ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ตามสถานการณ์ Covid-19 ป้องกัน โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกัน Covid-19 โดยการล้างมือบ่อยๆ และสวมใส่ หน้ากากอนามัยขณะดำเนินการวิจัยตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดาหลังผ้ดัดคลอดครั้งแรกที่ตอบแบบสอบถาม นำเสนอเป็นจำนวน และค่าร้อยละ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ้ดัดคลอด (n = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			.39
น้อยกว่า 20 ปี	3 (10)	10 (33.30)	
20 - 34 ปี	24 (80)	18 (60.00)	
35 ปีขึ้นไป	3 (10)	2 (6.70)	
ศาสนา			.39
พุทธ	23 (76.70)	16 (53.30)	
อิสลาม	7 (23.30)	14 (46.70)	
สถานภาพสมรส			1.00
โสด	-	1 (3.30)	
อยู่ด้วยกันกับสามี	30 (100)	29 (96.70)	

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ้ดัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอด (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา			.95
ประถมศึกษา	1 (3.30)	5 (16.70)	
มัธยมศึกษา	14 (46.70)	10 (33.30)	
ปริญญาตรี	8 (26.70)	11 (36.70)	
อื่นๆ (อนุปริญญา)	7 (23.30)	4 (13.30)	
อาชีพ			.95
ค้าขาย	4 (13.30)	2 (6.70)	
รับจ้าง	10 (33.30)	8 (26.70)	
แม่บ้าน	8 (26.70)	11 (36.60)	
พนักงานเอกชน	6 (20.00)	6 (20.00)	
นักศึกษา	2 (6.70)	3 (10.00)	
รายได้ (บาท)			.59
น้อยกว่า 10,000	16 (53.40)	22 (73.40)	
10,000 - 20,000	12 (40.00)	4 (13.30)	
มากกว่า 20,000	1 (3.30)	1 (3.30)	
ไม่มีรายได้	1 (3.30)	3 (10.00)	
ความเพียงพอของรายได้			.99
เพียงพอ	21 (70.00)	18 (60.00)	
ไม่เพียงพอ	9 (30.00)	12 (40.00)	
ลักษณะครอบครัว			1.00
ครอบครัวเดี่ยว	12 (40.00)	12 (40.00)	
ครอบครัวขยาย	18 (60.00)	18 (60.00)	
โรคประจำตัว			.95
มี	5 (16.70)	1 (3.30)	
ไม่มี	25 (83.30)	29 (96.70)	
ผู้ดูแลหลักหลังผ่าตัด			.99
สามี	16 (53.30)	17 (56.70)	
แม่	7 (23.30)	9 (30.00)	
สามีและแม่	5 (16.70)	4 (13.30)	
อื่นๆ (ญาติ)	2 (6.70)	-	
ยาระงับความรู้สึก			1.00
ดมยาสลบ	28 (93.30)	29 (96.70)	
ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	2 (6.70)	1 (3.30)	

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความใกล้เคียงกันได้แก่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 34 ปี (ร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76.70 และ 53.30) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 100 และ 96.70) มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.40 และ 73.40) รายได้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 70 และ 60) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 60 และ 60) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.30 และ 96.70) ผู้ดูแลหลัก คือ สามี (ร้อยละ 53.30 และ 56.70) ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด เป็นชนิดดมยาสลบ (ร้อยละ 93.30 และ 96.70) ส่วนข้อมูลทั่วไปที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา ในกลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.70 ในกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.70 และอาชีพ ในกลุ่มทดลอง มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.30 ในกลุ่มควบคุมมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 36.60

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Sminov test พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะเครียด และภาวะท้องอืด ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent samples t-test ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	51.37	5.88	37.57	60	40	-3.15	.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	47.20	4.23	23.43	55	39		

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 51.37, SD = 5.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 47.20, SD = 4.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.15, p < .01$)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ภาวะเครียด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.27	2.69	25.62	9	0	2.31	.014
กลุ่มควบคุม (n = 30)	4.16	3.62	35.38	11	0		



จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีภาวะเครียด (Mean = 2.27, SD = 2.69) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.16, SD = 3.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$)

2.2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ภาวะท้องอืด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	6.47	1.50	23.97	9	4	3.23	.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	7.67	1.37	37.03	10	4		

จากตารางที่ 4 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีภาวะท้องอืด (Mean = 6.47, SD = 1.50) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 7.67, SD = 1.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.23, p < .01$)

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Sminov test พบว่า ภาวะเครียด ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired samples t-test ดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเครียด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ภาวะเครียด	Mean	SD	MeanRank	Max	Min	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	3.77	2.90	5.50	11	0	4.82	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	2.27	2.69	4.25	9	0		

จากตารางที่ 5 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลง (Mean = 2.27, SD = 2.69) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลอง (Mean = 3.77, SD = 2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยได้แยกเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 51.37, SD = 5.88) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 47.20, SD = 4.23) ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.15, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรม

การจัดการตนเองส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายการผ่าตัดตลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมงแรก และการดูแลหลังผ่าตัดตลอดหลัง 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป ทำให้มารดาเข้าใจสาเหตุ ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตลอด เป็นการทราบข้อมูลล่วงหน้า และเตรียมพร้อมสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองมีการบันทึกพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัดตลอด ซึ่งเป็นการติดตามตนเอง (Self-monitoring) สอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานมาจากการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยเน้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบต่อการพฤติกรรมของตนเอง โดยได้รับการกระตุ้นหรือแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มารดาเข้าใจวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและภาวะท้องอืด ของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ในกลุ่มทดลองมีภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หมายความว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจะทำให้ภาวะเครียดและภาวะท้องอืดลดลงได้ จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตีกลัวยกรรุม โรงพยาบาลบึงกาฬ¹² พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีภาวะแทรกซ้อนและมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่นเดียวกับการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick⁸ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและมีการติดตามพฤติกรรมตนเองหลังผ่าตัด ทำให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสริมแรง กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ทดลองปฏิบัติตัวได้เหมาะสม บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดตลอดในกลุ่มทดลองมีภาวะเครียดและภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.31, p < .05$) และ ($t = 3.23, p < .01$) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการเปรียบเทียบภาวะเครียดของมารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังทดลองมีภาวะเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.82, p < .01$) ดังนั้นการให้โปรแกรมการจัดการตนเองแก่กลุ่มทดลองจึงมีผลทำให้ภาวะเครียดลดลงได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากงานวิจัยของ ชลสิทธิ์ วัชรินกร และบุญยง จุลนวล¹³ กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก มีภาวะเครียดสูงที่สุด ภาวะเครียดส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจนั้นพบว่า ผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้เมื่อพิจารณาแบบประเมินภาวะเครียดเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ข้อที่ 1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ



หรือนอนมาก ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย (Mean = 1.17, SD = 0.74) และหลังทดลอง มีปัญหาทดลองอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย (Mean = 0.67, SD = 0.66) ดังนั้นการได้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะเครียดลดลง

ดังนั้นการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอดเพื่อให้ภาวะเครียดลดลง และไม่เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยให้ความรู้ผ่านคู่มือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด และมีการทำแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองหลังผ่าตัดคลอด 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยบอกให้รับรู้ถึงความสำเร็จ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวได้เหมาะสมหรือให้กำลังใจเมื่อยังไม่บรรลุเป้าหมาย โปรแกรมดังกล่าวจึงสามารถทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์

แรกมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น ลดภาวะเครียดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ซึ่งใช้เวลาในการวิจัยค่อนข้างน้อย ประมาณ 3 วันต่อราย หากมีระยะเวลานานขึ้นเพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทบทวนข้อมูล ทำความเข้าใจ และเตรียมตัวให้พร้อมเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อาจทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป อาจจะต้องปรับโดยให้โปรแกรมการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยเฉพาะกลุ่มมารดาครรภ์แรก วิจัยครั้งต่อไปอาจทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มครรภ์แรกและครรภ์หลัง ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

3. เครื่องมือการวิจัย หากมีการพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบแอปพลิเคชัน อาจจะเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Health Intervention and Technology Assessment Program. Cesarean sections in Thailand are increasing: Is it time to start talking a lot?. [cited 2023 Sep 14]. Available from: <https://www.hitap.net>. (in Thai).
2. Thai Civil Rights and Investigative Journalism (TCIJ). Unnecessary caesarean section. [Internet]. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.tcijthai.com>. (in Thai).



3. Tharana N. Promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section. *Nursing Journal* 2021;48(4):324-35. (in Thai).
4. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavitpatana B. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2020;47(2):169-79. (in Thai).
5. Department of Mental Health. Stress. [Internet]. [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.camri.go.th> (in Thai).
6. Dinan TG, Kennedy PJ, Morais LH, Murphy A, Long-Smith CM, Moloney GM, et al. Altered stress responses in adults born by caesarean section. *Neurobiology of Stress* 2022;16(Suppl 1):100425.
7. Chanwaro Y. The study of the efficiency of chewing gum on stimulation of bowel function after cesarean delivery at Buddhasothorn hospital. *Srinagarind Med J* 2022;37(6):596-601.
8. Kanfer FH, Gaelick L. Self-management methods. New York: Pergamon Press; 1988.
9. Khoyun S, Poothawee W, Srisoy A. Effect of post-operative recovery program with the use of easy walk equipment to prevent complications in abdominal surgery patients. *Srinagarind Med J* 2019;34(4):386-92. (in Thai).
10. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. New York: Humanaiysis; 2010.
11. Thato R. Nursing research: concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai).
12. Minten C. Effectiveness of the pre- and post-operative patient preparation program on self-care behavior of patients after abdominal surgery, Surgery Building, Bueng Kan hospital. [Internet]. [cited 2023 Jul 23]. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=269>. (in Thai).
13. Vajiratanakorn S, Chulnoul P. Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;25(4):51-9. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวด
และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ
และกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

The Relationship between Pain Management,
Pain Scores and Patient Satisfaction among
Musculoskeletal Injury Patients from Accidents
in the Emergency Department
of Somdech Phra Pinklao Hospital

ณัฐนิชา ขจรวิทยา

Natnicha Kachornvitaya

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok

Corresponding Author: natnicha.ka.pk@gmail.com

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นหนึ่งในอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามแนวทางการจัดการความปวดยังขาดความชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วย ห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงเป็นลำดับต้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงและไม่ลดลงหลังได้รับการจัดการความปวด เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ จำนวน 155 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน และมีระดับความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป การจัดการความปวดแบ่งเป็นแบบใช้ยา (Opioid, Non-opioid) และไม่ใช้ยา (Local anesthesia, Immobilization) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถามความพึงพอใจ 12 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียวและพหุคูณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวด

Received: December 4, 2024; Revised: July 25, 2025; Accepted: July 29, 2025

และใช้สถิติ Mann-Whitney U เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ไม่ลดลง ผลการศึกษา พบว่า การใช้ยา Opioid และการไม่ใช้ยาโดยการ Immobilization มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: -2.296, -0.164; $p < .05$ และ 95% CI: 0.25, 1.86; $p < .05$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ความปวดลดลงและไม่ลดลง กล่าวโดยสรุป คือ การใช้ยา Opioid และวิธี Immobilization มีบทบาทสำคัญในการลดระดับความปวด แต่การลดความปวดอาจไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรง จำเป็นต้องมีการพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วยในการประเมินความพึงพอใจ

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ความพึงพอใจ คะแนนความปวด

Abstract

Pain is a common symptom frequently encountered in emergency departments, especially among patients suffering from musculoskeletal injuries caused by accidents, which are increasingly prevalent. Despite this, pain management approaches remain inconsistent, resulting in some patients receiving inadequate care and potentially affecting the quality of treatment and patient satisfaction. Somdech Phra Pinklao Hospital has one of the highest numbers of such cases in its emergency department, highlighting the need for effective pain management strategies tailored to patient needs. This study aimed to investigate the relationship between pain management, pain scores, and patient satisfaction, as well as to compare satisfaction levels between patients whose pain decreased and those whose pain remained unchanged after receiving treatment. A cross-sectional analytical study was conducted involving 155 patients with pain scores of 4 or above due to musculoskeletal injuries. Pain management methods included pharmacological interventions (opioids and non-opioids) and non-pharmacological interventions (local anesthesia and immobilization). Data were obtained from medical records and a 12-item satisfaction questionnaire. Univariable and multivariable linear regression analyses were used to assess relationships between pain management and outcomes. The Mann-Whitney U test was applied to compare satisfaction scores between groups. The findings revealed that opioid use and immobilization were significantly associated with reduced pain levels (95% CI: -2.296, -0.164; $p < .05$ and 95% CI: 0.25, 1.86; $p < .05$, respectively). However, no significant association was found between pain management methods and overall patient satisfaction, and there was no significant difference in satisfaction between patients whose pain levels decreased and those whose pain did not. In summary, opioid administration and immobilization play an important role in pain reduction, but reduced pain does not necessarily lead to greater patient satisfaction. Other influencing factors should be considered when evaluating patient satisfaction with pain management.

Keywords: pain management, patient satisfaction, pain score



ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ห้องตรวจโรคฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด้านแรกของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิต ในประเทศไทย พบว่าสถิติผู้ป่วยห้องตรวจโรคฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศมีจำนวนมากขึ้นทุกปี¹ ซึ่งความปวดและการบาดเจ็บเป็นหนึ่งในอาการสำคัญ (Chief complaint) ที่พบมากที่สุด² โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุสูงถึง 1,455 คน คิด 3 อันดับ ในรายงาน 15 อันดับโรคของห้องตรวจโรคฉุกเฉินประจำปี พ.ศ. 2561 ไม่รวมถึงกรณีการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อฉีกขาด (Muscle strain) ที่ไม่ได้ระบุสาเหตุ ซึ่งมีสถิติเป็นอันดับ 9 มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 677 คน³ ซึ่งการบาดเจ็บเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความปวดทั้งสิ้น แต่การบันทึกและติดตามระดับความปวดของผู้ป่วยนั้นยังไม่มีมีการรายงานสถิติที่แน่นอน รวมถึงการให้ยาแก้ปวดนั้นขึ้นกับแนวทางการรักษาของแพทย์แต่ละคน โดยอาจอ้างอิงจากแนวทางการพัฒนาการระงับปวดแบบเฉียบพลัน⁴ ประสบการณ์การเรียนรู้ และความตระหนักถึงความเสี่ยงของความปวดของผู้ป่วย ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยยังมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงขณะกลับบ้าน⁵ ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่พึงพอใจในการรับการรักษาเท่าที่ควร

ปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดหลายประเภท โดยการเลือกใช้ขึ้นกับความรุนแรงของความปวด⁴ มีงานวิจัยมากมายเปรียบเทียบวิธีการจัดการความปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิผลการรักษาที่ดีที่สุด เช่น การจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉินโดยใช้ยาฉีด (Parenteral agents) เช่น ยา NSAID และ Acetaminophen ที่ใช้มากในกลุ่มผู้ที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน ยากลุ่ม Opioid ที่ใช้

ในการจัดการความปวดระดับกลาง (Pain scores 4 - 6) ถึงสูง (Pain scores 7 - 10) ส่วนการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) มักจะนำมาใช้ในการความปวดจากภาวะกระดูกหัก การจัดข้อต่อกลับเข้าที่ และบาดแผลฉีกขาดที่ลึกยากต่อการรักษา⁶ ในส่วนของการจัดการความปวดวิธีอื่นๆ มีการศึกษาเรื่องการให้ยาและหัตถการระงับความปวดเฉพาะส่วน เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) การใช้ น้ำแข็งประคบ และการทำกายภาพบำบัด ซึ่งการทำหัตถการจะช่วยในการลดขนาดยา Opioid ได้ และยังมีกรกล่าวถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ (Psychological intervention) ที่เป็นอีกแนวทางในการลดความต้องการในการใช้ยาแก้ปวด⁷ ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดจึงควรดูจากหลายปัจจัย โดยการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลถึงคุณภาพของวิธีการจัดการความปวด พบว่า การศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงการบันทึกระดับความปวด สามารถเพิ่มอัตราการให้ยาและลดระยะเวลาการส่งยาแก้ปวดในแผนกฉุกเฉินได้⁸

ในประเทศฮ่องกง มีการศึกษาการใช้ยาในกลุ่ม Opioid (Tramadol) และ NSAID (Ketorolac) โดยวิธีการบริหารยาทางเส้นเลือดดำ ซึ่งพบว่าการใช้ยา Tramadol มีระดับความปวดที่ดีขึ้นแตกต่างกับ Ketorolac อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับไม่มีความแตกต่างกันของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา⁹ จึงเป็นเหตุผลที่ว่านอกจากการจัดการความปวดที่ช่วยลดความปวดของผู้ป่วยแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยอีก แม้มีการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของสาเหตุความปวด การจัดการความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยจากห้องตรวจโรคฉุกเฉิน 2 แห่ง ของโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับสูงยังมีการใช้ยาแก้ปวดน้อยและมักจะล่าช้า แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ผู้ป่วยกลับมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดที่สูง ซึ่งอาจเกิดจากเครื่องมือวัดความพึงพอใจที่มีความไวต่ำ

ทำให้การประเมินไม่แม่นยำ¹⁰ ในขณะที่การศึกษาอื่นพบว่า เมื่อความปวดลดลงจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจต่อการประเมินความปวดของผู้ป่วยที่เหมาะสม การตอบสนองต่อความปวดที่เหมาะสม และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ¹¹ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยนั้นการศึกษาเรื่องการจัดการความปวดที่ส่งผลต่อการลดความปวดและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้นยังมีจำกัด รวมถึงการบันทึกระดับความปวดอาจยังทำได้ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาวิธีการจัดการความปวด ระบบและแนวทางการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน ก่อให้เกิดการรักษาที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ ระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการจัดการความปวดในแผนกฉุกเฉิน University of Toledo Medical Center, Toledo, Ohio, USA¹¹ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ได้รับการจัดการความปวดจนความปวดลดลงมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มที่ความปวดไม่ลดลงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (6.5 ± 1.0 , 5.9 ± 1.7 , $p < .001$) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการวิจัยนี้มาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีค่านิยามตัวแปรต่างๆ ดังนี้

การจัดการความปวด (Pain management)

หมายถึง กระบวนการประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลรักษาหรือบำบัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ โดยจะจำแนกวิธีการจัดการความปวดเป็นการใช้ยา คือ ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid, Non-opioid² และการไม่ใช้ยา คือ หัตถการระงับความปวดเฉพาะส่วน เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) และวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้น้ำแข็งประคบ เป็นต้น⁵ โดยผู้ป่วยหนึ่งรายอาจได้รับวิธีการจัดการความปวดมากกว่า 1 วิธี¹¹

ระดับความปวด (Pain score) หมายถึง การให้คะแนนความปวดจากผู้ป่วยจากการสอบถามโดยใช้ Numeric rating scale¹² โดยคะแนน 0 - 3 คือ ความปวดระดับต่ำ คะแนน 4 - 6 คือ ความปวดระดับปานกลาง และคะแนน 7 - 10 คือ ความปวดระดับสูง⁶

ความปวดลดลง คือ การมีระดับความปวดที่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนจากเมื่อแรกรับผู้ป่วย (Triage) และหลังสิ้นสุดการรักษา (Discharge)¹¹

ความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดผ่านการตอบแบบสอบถาม

12 คำถาม โดยมีคะแนนตั้งแต่ระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)¹¹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่มีความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากอุบัติเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่มีความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากอุบัติเหตุ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 จำนวน 155 คน คำนวณโดยใช้สูตร Testing two independent means formula อ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการจัดการความปวดในแผนกฉุกเฉิน University of Toledo Medical Center, Toledo, Ohio, USA¹¹ โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีอายุ ≥ 18 ปี
2. มีความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากอุบัติเหตุ
3. มีระดับความปวด (Pain score) ≥ 4 (Numeric rating scale)
4. ได้รับการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

5. สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีภาวะวิกฤติ¹³
2. มีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดมาก¹³

3. มีปัญหาการสื่อสาร¹⁴

4. มีปัญหาทางจิตเวช¹⁵

5. อยู่ระหว่างการประเมินและดูแลรักษาเบื้องต้นในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลผู้ป่วย รวบรวมจากเวชระเบียนบันทึกข้อมูลการรักษาในระบบ EMR คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วันที่และเวลาแรกรับผู้ป่วย (Triage) อายุ เพศ อาการสำคัญ วิธีการจัดการความปวดที่ได้รับ เวลาเริ่มการจัดการความปวด เวลาสิ้นสุดการรักษา (Discharge) โดยมีสถานะเป็นจำหน่ายออกหรือส่งปรึกษา และข้อมูลการให้ระดับความปวดขณะ Triage และ Discharge

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ ประยุกต์จากแบบประเมินในการศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการจัดการความปวดในแผนกฉุกเฉินใน University of Toledo Medical Center, Toledo, Ohio, USA¹¹ นำมาประยุกต์และออกแบบเป็นภาษาไทย จำนวน 12 คำถาม และใช้คะแนนจากมาตราประมาณค่าแบบกำหนดเป็นตัวเลข คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วยปานกลาง, 3 = ไม่เห็นด้วย, 4 = ไม่แน่ใจ, 5 = เห็นด้วย, 6 = เห็นด้วยปานกลาง, 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนเต็ม 7 คะแนน คือ มีความพึงพอใจมากในหัวข้อคำถามนั้น โดยแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือ Indexes of Item Objective Congruence (IOC) อยู่ในช่วง 0.5 - 1 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินผลความพึงพอใจไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยอธิบายและขอหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) จากผู้ป่วยที่มีความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มารับบริการในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้ผ่านตาม Inclusion/Exclusion criteria หลังสิ้นสุดการรักษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้ระดับความปวดจากเวชระเบียนบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในระบบ EMR และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะรอรับยากลับบ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 003/63 วันที่อนุมัติ 30 มกราคม 2563 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 29 มกราคม 2564 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยได้อธิบายและขอหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นการรักษา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตอบแบบสอบถามในการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ วิธีการจัดการความปวด ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ รวมถึงระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวด โดยใช้สถิติการ

วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียว (Univariable linear regression) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multivariable linear regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multivariable linear regression) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 155 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 57.42 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 ± 17.43 ปี โดยการจัดการความปวดขณะอยู่ในห้องตรวจโรคฉุกเฉินที่พบมากที่สุด คือ การฉีดยาชาเฉพาะที่ หรือ Local anesthesia (ร้อยละ 66.45) รองลงมา คือ การ Immobilization (ร้อยละ 26.45) และการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เช่น Tramadol เป็นต้น (ร้อยละ 23.22) เมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 92.9 จะถูกจำหน่ายกลับบ้าน ดังตารางที่ 1

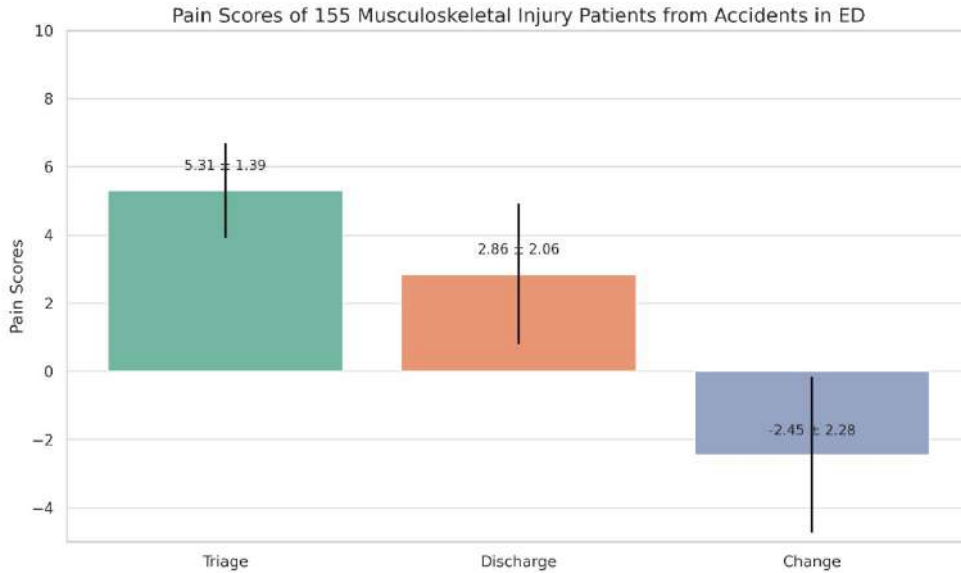


ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 155)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	89 (57.42)
หญิง	66 (42.58)
อายุ (ปี) Mean±SD	42.23 ± 17.43
การจำแนกวิธีการจัดการความปวด	
การใช้ยา	
Opioid	
ได้รับ	36 (23.23)
ไม่ได้รับ	119 (76.77)
Non-opioid	
ได้รับ	4 (2.58)
ไม่ได้รับ	151 (97.42)
การไม่ใช้ยา	
Local anesthesia	
ได้รับ	103 (66.45)
ไม่ได้รับ	52 (33.55)
Immobilization	
ได้รับ	41 (26.45)
ไม่ได้รับ	114 (73.55)
อื่นๆ	
ได้รับ	3 (1.94)
ไม่ได้รับ	152 (98.06)
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล (นาทื), Median (IQR)	60 (30, 90)
ระยะเวลาแรกรับผู้ป่วยถึงเริ่มการจัดการความปวด (นาทื), Median (IQR)	45 (30, 70)
สถานะของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษา	
จำหน่ายออก	144 (92.9)
ส่งปรึกษา	11 (7.1)

2. ระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อแรกรับ (Triage) ในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Discharge) ภายหลังจากได้รับการจัดการความปวด

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อแรกรับที่ห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 5.31 ± 1.39 และภายหลังได้รับการจัดการความปวด เมื่อสิ้นสุดการรักษา พบว่า ระดับความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ± 2.06 คะแนน โดยการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดเฉลี่ยเท่ากับ -2.45 ± 2.28 คะแนน โดยค่าลบ หมายถึง ระดับความปวดที่ลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระดับความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และเมื่อสิ้นสุดการรักษาภายหลังจากการจัดการความปวด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียว (Univariable linear regression) พบว่า การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา Opioid ($p = .027$) และการไม่ใช้ยาด้วยวิธี Immobilization ($p = .011$) มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่วิธีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา Non-opioid ($p = .252$) และการไม่ใช้ยาด้วยวิธี Local anesthesia ($p = .290$) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวด ดังตารางที่ 2 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multivariable linear regression) ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา Opioid ($p = .024$) มีความสัมพันธ์กับระดับความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวด โดยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบตัวแปรเดียว (Univariable linear regression) ($n = 155$)

การจัดการความปวด	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Std. Error)	ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)	p-value
การใช้ยา				
Opioid	-0.96	0.43	-1.80, -0.11	.027*
Non-opioid	-1.33	1.15	-3.61, 0.95	.252
การไม่ใช้ยา				
Local anesthesia	-0.40	0.38	-1.15, 0.35	.290
Immobilization	1.05	0.41	0.25, 1.86	.011*

* $p < .05$



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวด โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multivariable linear regression) (n = 155)

การจัดการความปวด	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Std. Error)	ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)	p-value
การใช้ยา				
Opioid	-1.2297*	0.5394	-2.296, -0.164	.024
Non-opioid	-1.5493	1.1363	-3.795, 0.696	.175
การไม่ใช้ยา				
Local anesthesia	-0.7349	0.6041	-1.929, 0.459	.226
Immobilization	0.3445	0.5792	-0.800, 1.489	.553
ค่าคงที่ (Constant)	-1.699	1.0256	-3.726, 0.327	.10
$R^2 = 0.106$, $\text{Adj } R^2 = 0.064$, $F = .249$, $p = .019$				

* Adjusted อายุ เพศ ระยะเวลาแรกของผู้ป่วยถึงเริ่มการจัดการความปวด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจ โดยการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multivariable linear regression) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา คือ Opioid, Non-opioid และการไม่ใช้ยา คือ Local anesthesia, Immobilization ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ($p = .900$, $.133$, $.490$, $.709$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจ โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multivariable linear regression) (n = 155)

การจัดการความปวด	ค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Std. Error)	ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)	p-value
การใช้ยา				
Opioid	0.2434	1.9338	-3.5782, 4.0651	.900
Non-opioid	-6.1620	4.0738	-14.2128, 1.8888	.133
การไม่ใช้ยา				
Local anesthesia	-1.4985	2.1659	-5.7788, 2.7818	.490
Immobilization	-0.7777	2.0763	-4.8810, 3.3257	.709
ค่าคงที่ (Constant)	79.915	3.677	72.649, 87.181	< .001
$R^2 = 0.065$, $\text{Adj } R^2 = 0.0205$, $F = 1.46$, $p = .186$				

* Adjusted อายุ, เพศ, ระยะเวลาแรกของผู้ป่วยถึงเริ่มการจัดการความปวด

5. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความปวดลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวด มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 6.38 ± 0.94 คะแนน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวด มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 6.35 ± 0.85 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (n = 155)

รายการ	ความพึงพอใจ		p-value
	กลุ่มที่ความปวดลดลง ≥ 2 คะแนน (n = 106)	กลุ่มที่ความปวดไม่ลดลง (n = 49)	
- ห้องตรวจโรคฉุกเฉินประเมินความปวดของคุณอย่างเหมาะสม	6.10 $\pm$ 1.29	5.98 $\pm$ 0.89	.087
- ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม	6.08 $\pm$ 1.28	6.06 $\pm$ 1.24	.574
- ห้องตรวจโรคฉุกเฉินตอบสนองต่อความปวดของคุณอย่างเหมาะสม	6.14 $\pm$ 1.12	6.02 $\pm$ 1.00	.238
- พึงพอใจกับการสื่อสารกับแพทย์ในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน	6.40 $\pm$ 0.97	6.42 $\pm$ 0.77	.471
- พึงพอใจกับการสื่อสารกับพยาบาลในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน	6.43 $\pm$ 0.97	6.38 $\pm$ 0.82	.247
- แพทย์และพยาบาลบอกคุณในสิ่งที่คุณต้องการรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณ	6.35 $\pm$ 0.91	6.33 $\pm$ 0.91	.826
- แพทย์และพยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคุณ	6.51 $\pm$ 0.89	6.60 $\pm$ 0.68	.890
- แพทย์และพยาบาลใส่ใจกับปัญหาการเจ็บป่วยของคุณ	6.34 $\pm$ 0.95	6.33 $\pm$ 0.91	.868
- เชื่อใจแพทย์และพยาบาล	6.65 $\pm$ 0.63	6.69 $\pm$ 0.75	.340
- แพทย์และพยาบาลช่วยบรรเทาความกังวลเรื่องความเจ็บป่วย	6.55 $\pm$ 0.71	6.52 $\pm$ 0.77	.891
- พึงพอใจกับการรักษาความปวดที่ได้รับ	6.41 $\pm$ 0.83	6.27 $\pm$ 0.87	.207
- พึงพอใจกับการดูแลรักษาในห้องตรวจโรคฉุกเฉินที่ได้รับในภาพรวม	6.54 $\pm$ 0.81	6.56 $\pm$ 0.62	.796
ภาพรวม	6.38 $\pm$ 0.94	6.35 $\pm$ 0.85	.214

การอภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ ในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผลการวิจัย พบว่า การได้รับการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา Opioid และการไม่ใช้ยาด้วยวิธี Immobilization มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid และการไม่ใช้ยาด้วยวิธี Immobilization มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดที่ลดลง และเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ การใช้ยา Opioid ก็ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความปวดที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา Randomized control trial เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลันของกล้ามเนื้อและกระดูก ในแผนกฉุกเฉิน ประเทศฮ่องกง ที่พบว่า Opioid มีประสิทธิภาพสูงเนื่องจากให้ผลการจัดการความปวดที่ดีขึ้น⁹ ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน จึงควรพิจารณาการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ให้มากขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการจัดการระดับความปวดที่ดียิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ ในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา คือ Opioid, Non-opioid และการไม่ใช้ยา คือ Local anesthesia, Immobilization ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการความปวดหรือไม่ได้รับก็ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจไม่ใช่เพียงการรับรู้

ของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด แต่มีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee ในประเทศฮ่องกง ที่พบว่า การใช้ยา Tramadol และ Ketorolac ไม่มีความแตกต่างกันของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา⁹

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุระหว่างกลุ่มที่ระดับความปวดลดลงกับกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความปวดลดลง และกลุ่มที่ระดับความปวดไม่ลดลงภายหลังได้รับการจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุ ไม่ว่าจะมีความปวดลดลงหรือไม่ ภายหลังได้รับการจัดการความปวด ก็ไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากความพึงพอใจ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด อาจมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก สถานการณ์ ณ ขณะนั้น นอกจากนั้นอาจเป็นเพราะลักษณะของประชากรที่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการตอบแบบสอบถาม และการใช้แบบสอบถามที่แตกต่างกัน คือ ไม่มีคำถามปลายเปิด ทำให้อาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ จึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bhakta & Marco ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ความปวดลดลงจะมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ความปวดไม่ลดลงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ¹¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกจากอุบัติเหตุในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน ที่พบว่า การได้รับ

ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ทำให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดการความปวดในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ให้พิจารณาการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid โดยพิจารณาร่วมกับข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและความเหมาะสมทางบริบทในห้องตรวจโรคฉุกเฉิน นอกจากนั้นควรส่งเสริมการใช้วิธีการจัดการความปวดที่หลากหลายตามลักษณะการบาดเจ็บ เช่น การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน หรือการฉีดยาเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลฉีกขาด เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ปวดโดยไม่จำกัดเฉพาะการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Sahamethapat N. Ministry of Public Health reveals statistics of emergency room patients in government hospitals increased from 12 million times last year to 24 million times this year. [Internet]. [cited 2019 Sep 1]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2012/12/2026>. (in Thai).
2. Kuykendal AR, Tintinalli J, Biese K. ED chief complaint categories for a medical student curriculum. *Int J Emerg Med* 2008;1(2):139-43.
3. EMR Hospital Software, Somdech Phra Pinklao Hospital. Report on 15 diseases of the emergency room. Bangkok: Somdech Phra Pinklao Hospital; 2018. (in Thai).
4. Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for acute pain management. Bangkok: Thai Association for the Study of Pain; 2009. (in Thai).
5. Pierik JGJ, IJzerman MJ, Gaakeer MI, Berben SA, van Eenennaam FL, van Vugt AB, et al. Pain management in the emergency chain: the use and effectiveness of pain management in patients with acute musculoskeletal pain. *Pain Med* 2015;16(5):970-84.
6. Abdolrazaghnejad A, Banaie M, Tavakoli N, Safdari M, Rajabpour-Sanati A. Pain management in the emergency department: a review article on options and methods. *Adv J Emerg Med* 2018;2(4):e45.
7. Ahmadi A, Bazargan-Hejazi S, Zadi ZH, Euasobhon P, Ketumarn P, Karbasfrushan A, et al. Pain management in trauma: a review study. *J Inj Violence Res* 2016;8(2):89-98.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจให้ครอบคลุมมิติต่างๆ มากขึ้น รวมถึงเพิ่มคำถามปลายเปิด เพื่อสะท้อนความคิดเห็นเชิงคุณภาพของผู้ป่วย หรือศึกษาผลของการจัดการความปวดต่อความพึงพอใจในระยะยาว เช่น หลังกลับบ้าน เมื่อมาติดตามการรักษา เพื่อให้เห็นภาพรวมของการจัดการความปวดและการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นอาจทำการศึกษาวิธีการจัดการความปวดเฉพาะรูปแบบอย่างละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสิทธิภาพการลดความปวดของแต่ละวิธีที่แม่นยำยิ่งขึ้น

8. Chang HL, Jung JH, Kwak YH, Kim DK, Lee JH, Jung JY, et al. Quality improvement activity for improving pain management in acute extremity injuries in the emergency department. *Clin Exp Emerg Med* 2018;5(1):51-9.
9. Lee HKH, SM Ting, FL Lau. A randomized control trial comparing the efficacy of tramadol and paracetamol against ketorolac and paracetamol in the management of musculoskeletal pain in the emergency department. *Hong Kong J Emerg Med* 2008;15(1):5-11.
10. Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *CJEM* 2002;4(4):252-6.
11. Bhakta HC, Marco CA. Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *J Emerg Med* 2014;46(4):456-64.
12. Committee of National Institute for Emergency Medicine. Announcement on the criteria for assessment to classify emergency levels and standards of emergency operations 2011. [Internet]. [cited 2020 Jan 17]. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/131/32.PDF>. (in Thai).
13. Shatpattananunt B. Effectiveness of implementing the clinical practice guidelines for traumatic wound pain management at emergency department in middle-level hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(2):101-9.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
15. Cameron PA, Knapp BJ, Teeter W. Trauma in adults. In: Tintinalli JE, editor. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. 9th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2020. p. 1669-76.
16. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):1073-93.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร Factors Predicting Cervical Cancer Screening Behavior of Bangkok Metropolis Women

เบญญาดา บุรีรัตน์* ปาหนัน พิชยปิณฺโณ** จุฑาธิป ศีลบุตร***

Benyada Bureerat,* Panan Pichayapinyo,** Jutatip Sillabutra***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health,
Mahidol University, Bangkok

,* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

,* Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

** Corresponding Author: panan.pic@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เป็นกรอบแนวคิด ข้อมูลถูกรวบรวมจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วม จำนวน 424 คน คัดเลือกจาก 6 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบบสอบถามครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73, 0.78, 0.75, 0.69, 0.69, 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 54.48 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง และการสนับสนุนทางสังคม

บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการตรวจคัดกรองควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และรณรงค์ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บุตร พี่น้อง มีการกระตุ้นและสนับสนุนให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ภาครัฐควรมีบทบาทในการสนับสนุนนโยบาย ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มสตรีมากขึ้นด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

Received: December 22, 2024; Revised: April 29, 2025; Accepted: May 6, 2025



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to identify the factors influencing cervical cancer screening behaviors among women residing in the Bangkok metropolitan area, using the PRECEDE-PROCEED model as the conceptual framework. A total of 424 participants were recruited from six administrative districts of Bangkok. Data were collected through a self-administered questionnaire that assessed predisposing, enabling, and reinforcing factors. Instruments used in this study included the Perceived Susceptibility of the Cervical Cancer Questionnaire, the Perceived Severity of the Cervical Cancer Questionnaire, the Perceived Benefits of the Cervical Cancer Questionnaire, the Access to Cervical Cancer Screening Services Questionnaire, the Perceived Policy on Cervical Cancer Screening Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. All instruments were validated by 3 experts and the Cronbach's alpha coefficients were 0.73, 0.78, 0.75, 0.69, 0.69, and 0.87, respectively. Descriptive statistics, the chi-square test, and binary logistic regression were employed for data analysis.

The results showed that most of the participants demonstrated inappropriate screening cervical screening behaviors, accounting for 54.48 percent. Significant predictors of cervical cancer screening behaviors included education level, perceived benefits of cervical cancer screening, accessibility to cervical cancer screening services, and social support.

Public health professionals, including physicians and nurses, who are tasked with advocating for cervical cancer screening, should consider these factors when designing initiatives to raise awareness about the benefits of screening. Additionally, campaigns should aim to engage family members-such as husbands, children, and siblings-in encouraging and supporting women to participate in screening. Furthermore, the government should play a critical role in endorsing policies and improve women's access to cervical cancer screening services.

Keywords: behavior, cervical cancer screening, predisposing factor, enabling factor, reinforcing factor

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของผู้หญิงในการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 342,000 คน นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและในประเทศไทยที่กำลังพัฒนา² เช่นเดียวกับกับประเทศไทยจากข้อมูลพบเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของมะเร็งใน

ผู้หญิงไทย โดยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 18 คนและเสียชีวิตวันละ 9 คน³ โดยภาคกลางมีผู้เสียชีวิตสูงที่สุด จำนวน 914 คน คิดเป็นร้อยละ 40.47 ของประเทศ⁴ ดังนั้นมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีในประเทศไทย

มะเร็งปากมดลูกมีกระบวนการของโรคเกิดขึ้นเป็นค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลา 5 - 20 ปี จึงจะสามารถพัฒนาเป็นระยะลุกลาม ซึ่งหากตรวจคัดกรองได้ในตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามจะสามารถรักษาได้ผลดี

ซึ่งจุดประสงค์ของการตรวจคัดกรอง คือ การตรวจหา รอยโรคระยะก่อนลุกลามเพื่อจะรักษาก่อนที่จะ กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อลดหรือป้องกันการ เจ็บป่วยและการเสียชีวิต⁵ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2565 ไว้ว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี ครอบคลุมทั่วประเทศไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60⁶ และได้มีการดำเนินการต่างๆ อย่างต่อเนื่องทั้งการลด อุปสรรคต่างๆ ในการไปตรวจคัดกรอง แต่ผลการ ดำเนินงานการคัดกรองทั่วประเทศก็ยังไม่เป็นไปตาม ตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60⁶ โดยจากข้อมูล สถิติในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีสตรีที่มาเข้ารับการตรวจ คัดกรองทั่วประเทศเพียง ร้อยละ 69.99, 53.95, 50.31 ตามลำดับ⁷

กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2565 พบ ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 241 คน ซึ่งมากเป็นร้อยละ 28.15 ของผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง ปากมดลูกในภาคกลาง⁴ และพบว่า กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 445 คนต่อปี ซึ่งมากเป็น อันดับ 1 ของประเทศ³ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นสังคมเมืองมีการหลั่งไหลเข้ามาของแรงงาน ย้ายถิ่นฐานจากชนบท ชุมชนแออัด การขยายตัว ของชนชั้นกลาง มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบจนไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพ⁸ อีกทั้งข้อมูลจากสถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร์ ประชากรอายุในปี พ.ศ. 2565 ของกรุงเทพมหานคร ยังมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในประเทศ พบว่า มีผู้สตรีอายุ 30 - 60 ปี อาศัยอยู่มากที่สุดใน ประเทศ มีจำนวนถึง 1,433,416 คน จากประชากร สตรีทั้งหมด 2,921,765 คน คิดเป็นร้อยละ 49 ของประชากรสตรีทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร⁹ ซึ่งกรุงเทพมหานครมีสถานบริการของรัฐที่ให้บริการ ตรวจคัดกรองกระจายอยู่ทั่วทุกเขต โดยกรุงเทพมหานคร รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการ

ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึง บริการ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการตรวจคัดกรอง เปรียบเทียบกัน 13 เขตทั่วประเทศ พบว่า เขต 13 กรุงเทพมหานครมีจำนวนสตรีที่มารับการตรวจ คัดกรองน้อยที่สุด ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 โดยมี ร้อยละ 11.72, 15.65, 17.25, 16 และ 16.90 ตามลำดับ ซึ่งเป็นข้อมูลที่รวมทุกสิทธิการรักษา ยกเว้นสตรีที่ ไปรับบริการที่สถานบริการของเอกชน ส่งผลให้ กรุงเทพมหานครไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัย ส่วนมากศึกษาในพื้นที่ต่างจังหวัดมีเพียง 2 การศึกษา ที่ศึกษาในกรุงเทพมหานคร¹¹⁻¹² ซึ่งทั้ง 2 การศึกษา เป็นการศึกษายังไม่ครอบคลุมพื้นที่ภายในชุมชน ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนสตรีที่อายุ 30 - 60 ปี อาศัยอยู่มากที่สุดและมีแนวโน้มความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดในประเทศ และยังไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการ ตรวจคัดกรอง เนื่องด้วยกรุงเทพมหานครมีการเข้าถึง บริการของรัฐที่ค่อนข้างยากกว่าพื้นที่ต่างจังหวัด ทำให้จำนวนการตรวจคัดกรองของสตรีในกรุงเทพมหานคร ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต¹⁰ สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทยของสถาบัน วิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล (cited in Sirithammanukul)¹¹ ศึกษาาระบบบริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร พบว่า กรุงเทพมหานครยังมี ปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำสูงทั้งด้านสถานภาพ ทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา รวมถึงการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการเข้าไม่ถึง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานของ คนบางกลุ่ม และมีการเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ของระบบบริการ สุขภาพได้ ทั้งนี้จึงควรมีการดำเนินการ การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

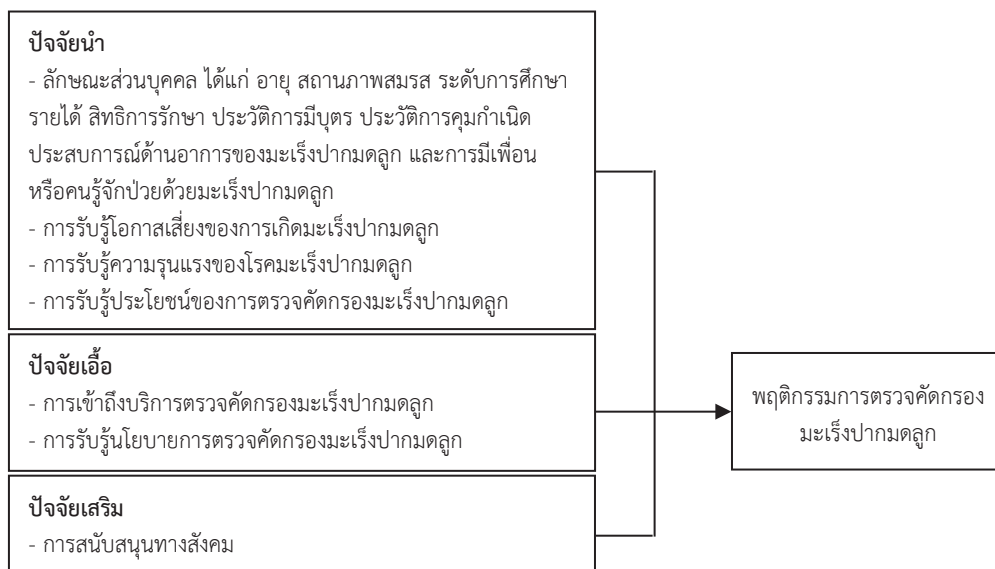


(PRECEDE-PROCEED model) โดย Green & Kreuter¹³ มาเป็นกรอบแนวคิดที่ถูกนำมาใช้เพื่อค้นหาปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอย่างแพร่หลาย ใช้ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ช่วยส่งเสริมในบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างกลวิธีและการวางแผนจัดกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไปให้เพิ่มขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter¹³ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลายๆ ปัจจัย ซึ่งการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินงานหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงกำหนดกลวิธีและวางแผนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ซึ่งในขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment) ใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทำให้วิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล เช่นกันกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ สตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่มารับบริการรักษา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข อาศัยในกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก มีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะก่อนมะเร็งและสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มีประวัติผ่าตัดมดลูกชนิดแบบออกทั้งหมด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบ Logistic regression กำหนดค่า Odds ratio เท่ากับ 2.46 จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยของ จิราพร ศรีพิบูลย์ปัติ และคณะ¹⁴ และค่าสมมุติฐานหลัก (Null hypothesis: H_0) เท่ากับ 0.5 ใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.8 ค่า $R^2 = 0.5$ (ระดับกลาง) และค่า X distribution = Binomial ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 339 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้ใช้สูตรคำนวณ Drop out จากสูตร Drop out 20% จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 423.75 ดังนั้นการศึกษานี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 424 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากสำนักอนามัยกรุงเทพ จำนวน 50 เขต และมีการแบ่งกลุ่มการปกครองออกเป็น 6 กลุ่ม ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จับฉลากสุ่มแบบกลุ่มด้วยวิธีการจับฉลากไม่ใส่คืนมากลุ่มละ 1 เขต และใช้วิธีการสุ่ม

อย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยสุ่มจากบันทึกในทะเบียนรายชื่อลำดับเลขคู่ จำนวนเขตละ 67 - 68 คน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 424 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรม และโดยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ ดังนี้

ด้านที่ 1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบ เติมคำลงในช่องว่าง และการตอบคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก และการมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันทะวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัตลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 29.35



- 40.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันตะวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 29.35 - 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันตะวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง

29.35 - 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ด้านที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากของ อรทัย วิเชียรปุ่น และ วุฒิชัย จริยา¹⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 30 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 6.00 - 14.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 14.01 - 22.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 22.01 - 30.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ จำนวน 4 ข้อ (จากรู้ = 1 คะแนน, ไม่รู้ = 0 คะแนน, ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 0 - 1.33 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 1.34 - 2.66 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 2.67 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ด้านที่ 3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร และ รัตนศิริ ทาโต¹⁹ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House²⁰ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ (จากไม่เป็นจริง = 1 ถึงเป็นจริงมากที่สุด = 5) การแปลผลแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 16.00 - 37.34 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย 37.35 - 58.68 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 58.69 - 80.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ด้านที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูก ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร และ รัตนศิริ ทาโต¹⁹ เป็นแบบเลือกตอบ ซึ่งให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับตนเองและเป็นจริงที่สุด ไม่มีการแปลคำตอบเป็นถูกผิด ประกอบด้วยคำถามที่ถามเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แบ่งเป็นตรวจเพียงพอ (ให้รหัส = 1) และตรวจไม่เพียงพอ (ให้รหัส = 0) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตรวจคัดกรองเหมาะสมและกลุ่มที่ตรวจไม่เหมาะสม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง นโยบายการตรวจคัดกรองและการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เพื่อพิจารณาความถูกต้อง การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ

จากผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีเกณฑ์ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป²¹ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 0.85
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 4) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 5) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI เท่ากับ 0.87
- 7) แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาทดสอบหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มสตรีอายุ 30 - 60 ปีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน วางแผนเก็บในพื้นที่เขตสายไหม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์ตั้งแต่ 0.69 ขึ้นไป²² ผู้วิจัยตรวจค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.73
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.78
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75



4) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.69

5) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.69

6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ผู้วิจัยจะเชิญชวนผู้เข้าร่วมการวิจัยให้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยปราศจากการบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม จะใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงข้อมูลการวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดจนลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันการเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยทั้งนี้บันทึกจากการทำแบบสอบถาม รายงานการวิเคราะห์และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ มีการแยกใบยินยอมออกจากแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและจะนำเสนอผลในภาพรวม โดยแบบสอบถามที่ได้รับการตอบคำถามแล้วจะมีการเก็บในแฟ้มปิดผนึก

3. ถ้าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สบายใจหรือไม่สะดวกที่จะทำแบบสอบถามต่อสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 9 พฤษภาคม 2567 จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จนครบ 424 คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์กลุ่มตัวอย่าง เทคนิค และขั้นตอนในการแจกแบบสอบถามก่อนไปเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลา 15 - 30 นาที

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่กลุ่มตัวอย่างได้ตอบเสร็จแล้ว นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. MUPH 2023-133 วันอนุมัติ 3 พฤศจิกายน 2566 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 2 พฤศจิกายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โครงการวิจัย U024hh/67 วันอนุมัติ 6 กุมภาพันธ์ 2567 วันสิ้นสุด 5 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS ver.23 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผู้วิจัยทำการอธิบายลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษา กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมดโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยกำหนดตัวแปรตาม มี 2 ค่า คือ ตรวจไม่สม่ำเสมอภายใน 5 ปี มีค่าเท่ากับ 1 ตรวจไม่สม่ำเสมอ คือ ตรวจมากกว่า 5 ปี และไม่เคยตรวจเลย มีค่าเท่ากับ 0

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 424 คน ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนมากช่วงอายุ 51 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 45.86 ปี (Mean $\pm$ SD) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.1 รองลงมา คือ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 43.9 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอนุปริญญามากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมา คือ ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ

39.8 มีรายได้ 15,000 - 40,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 50.9 รองลงมา คือ รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 37.8 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ 30 บาท มากที่สุด ร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 36.1 ส่วนมากมีบุตร ร้อยละ 71.5 มีประวัติเคยคุมกำเนิด ร้อยละ 68.9 ประสบการณ์ที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนมากไม่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 84.9 และไม่มีประวัติเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 82.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 424)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean $\pm$ SD = 45.86 $\pm$ 8.78, Min = 30, Max = 60		
30 - 40	131	30.9
41 - 50	141	33.3
51 - 60	152	35.8
สถานภาพสมรส		
โสด หม้าย หย่า แยก	186	43.9
สมรส	238	56.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา	83	19.6
มัธยมศึกษา อนุปริญญา	172	40.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	169	39.8
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	160	37.8
15,000 - 40,000 บาท	216	50.9
มากกว่า 40,000 บาท	48	11.3
สิทธิการรักษา		
สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	50	11.8
สิทธิประกันสังคม	153	36.1
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	221	52.1
ประวัติการมีบุตร		
ไม่มี	121	28.5
มี	303	71.5
ประวัติการคุมกำเนิด		
ไม่เคยคุมกำเนิด	132	31.13
เคยคุมกำเนิด	292	68.87



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 424) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มีอาการ	360	84.9
มีอาการ	64	15.1
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	349	82.3
มี	75	17.7

การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Mean = 30.69, SD = 5.36) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Mean = 27.10, SD = 3.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้านโดยรวม (n = 424)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	27.10 $\pm$ 3.76	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	28.13 $\pm$ 4.67	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	30.69 $\pm$ 5.36	สูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่า อายุ ประวัติการคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก และการมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (n = 424)

ปัจจัย	ตรวจคัดกรอง ไม่เหมาะสม (n = 231)		ตรวจคัดกรอง เหมาะสม (n = 193)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					7.555*	.023
- 30 - 40	70	55.1	57	44.9		
- 41 - 50	92	62.2	56	37.8		
- 51 - 60	69	46.3	80	53.7		
สถานภาพสมรส					3.608	.058
- โสด หม้าย หย่า แยก	111	59.7	75	40.3		
- สมรส	120	50.4	118	49.6		
ระดับการศึกษา					3.408	.182
- ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา	42	50.6	41	49.4		
- มัธยมศึกษา อนุปริญญา	103	59.9	69	40.1		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	86	54.5	83	49.1		
รายได้					3.029	.220
- น้อยกว่า 15,000 บาท	88	55.7	70	44.3		
- 15,000 - 40,000 บาท	122	56.2	95	43.8		
- มากกว่า 40,000 บาท	21	42.9	28	57.1		
สิทธิการรักษา					1.038	.595
- สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	24	48.0	26	52.0		
- สิทธิประกันสังคม	86	56.2	67	43.8		
- สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท	121	54.8	100	45.5		
ประวัติการมีบุตร					3.843	.050
- ไม่มี	75	62.0	46	38.0		
- มี	156	51.5	147	48.5		
ประวัติการคุมกำเนิด					4.511*	.034
- ไม่เคย	82	62.1	50	37.9		
- เคย	149	51.0	143	49.0		
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก					0.095	.758
- ไม่มีอาการ	195	55.9	154	44.1		
- มีอาการ	36	48.0	39	52.0		
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก					1.543	.214
- ไม่มี	195	55.9	154	44.1		
- มี	36	48.0	39	52.0		

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (n = 424) (ต่อ)

ปัจจัย	ตรวจคัดกรอง ไม่เหมาะสม (n = 231)		ตรวจคัดกรอง เหมาะสม (n = 193)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					5.161*	.023
- ระดับต่ำและปานกลาง	173	58.1	125	41.9		
- ระดับสูง	58	46.0	68	54.0		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก					4.570*	.033
- ระดับต่ำและปานกลาง	121	59.9	81	40.1		
- ระดับสูง	110	49.5	112	50.5		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					11.277*	.001
- ระดับต่ำและปานกลาง	54	72.0	81	40.1		
- ระดับสูง	177	50.7	112	50.5		
การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					35.590*	< .001
- ระดับต่ำและปานกลาง	130	71.0	53	29.0		
- ระดับสูง	101	41.9	140	58.1		
นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					7.120*	.008
- ระดับต่ำและปานกลาง	180	58.4	128	41.6		
- ระดับสูง	51	44.0	65	56.0		
การสนับสนุนทางสังคม					20.444*	< .001
- ระดับต่ำและปานกลาง	187	61.3	118	38.6		
- ระดับสูง	44	37.0	75	63.0		

* p < .05

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) เพื่อหาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model มาเป็นกรอบแนวคิด สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกรุงเทพมหานคร คือ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .036, .035, < .001, .10 ตามลำดับ) จากผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีถึง 1.7 เท่า สตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองที่

เหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองระดับต่ำและปานกลางถึง 1.9 เท่า สตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองระดับต่ำและปานกลางถึง 2.5 เท่า และสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและปานกลางถึง 1.9 เท่า

ส่วนอายุ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) (n = 424)

ตัวแปร	OR _{CRUDE}	OR _{ADJ}	95% CI	p-value
อายุ				
> 45 ปี	1.301	1.098	0.693 - 1.725	.687
≤ 45 ปี*				
สถานภาพสมรส				
สมรส	1.928	1.127	0.692 - 1.826	.628
โสด หม้าย หย่า แยก*				
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.308	1.724**	1.035 - 2.858	.036
ต่ำกว่าปริญญาตรี				
รายได้				
มากกว่า 15,000 บาท	1.081	0.915	0.571 - 1.461	.709
น้อยกว่า 15,000 บาท*				
สิทธิการรักษา				
สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	0.719	0.961	0.478 - 2.036	.913
สิทธิประกันสังคม	0.763	0.951	0.506 - 2.109	.839
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า*				
ประวัติการมีบุตร				
มี	1.536	1.302	0.716 - 2.367	.388
ไม่มี*				
ประวัติการคุมกำเนิด				
ไม่เคยคุมกำเนิด	1.574	1.362	0.815 - 2.324	.244
เคยคุมกำเนิด*				
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก				
มีอาการ	0.919	0.907	0.503 - 1.637	.747
ไม่มีอาการ*				



ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) (n = 424) (ต่อ)

ตัวแปร	OR _{CRUDE}	OR _{ADJ}	95% CI	p-value
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก				
มี	1.372	1.490	0.855 - 2.597	.159
ไม่มี*				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.623	1.205	0.756 - 1.920	.434
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.521	1.139	0.738 - 1.758	.557
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	2.499	1.896**	1.045 - 3.442	.035
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	3.400	2.521**	1.615 - 3.935	< .001
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.792	1.258	0.778 - 2.034	.349
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับสูง	2.701	1.886**	1.163 - 3.030	.010
ระดับต่ำและปานกลาง*				

* p < .05, ** p < .001 Nagelkerke R Square = .216, Cox&Snell R Square = .161

การอภิปรายผลการวิจัย

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED¹³ ระบุว่าพฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้นได้จากพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอาศัยในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสนับสนุนทางกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED¹³

ปัจจัยนำ ระดับการศึกษา สตรีที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองที่เหมาะสมเป็น 1.7 เท่าของสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไปจากการศึกษาพบว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองที่มากกว่าผู้จบต่ำกว่าปริญญาตรี ทำให้มีโอกาสไปรับการตรวจคัดกรองอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaneko²³ สตรีที่มีระดับการศึกษาที่สูงมาตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำแต่ขัดแย้งกับการศึกษาความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร¹²

เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง พบว่า สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรม การตรวจที่ไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้ โดยสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ในระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 1.9 เท่า ของสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ ในระดับต่ำและปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชบา ไชยวรินทร์²⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จังหวัดเชียงราย พบว่า สตรีรับรู้ว่าการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปีถือเป็นแบบอย่างที่ดี ในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลที่ได้สนับสนุนตาม กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED¹³ กล่าวคือ ปัจจัยนำ โดยเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ แสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นสาเหตุของการเกิด พฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผล กระตุ้นต่อพฤติกรรมของบุคคล

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการ สตรีที่มีการ เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในระดับสูงมีโอกาสมี พฤติกรรม การตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 2.5 เท่า ของสตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในระดับต่ำ และปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัย อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ที่มี ระยะทางจากบ้านไกลจากสถานบริการจะไม่มาใช้ บริการตรวจคัดกรองเป็น 2.46 เท่าของผู้ที่มีระยะทาง คัดกรองใกล้จากสถานบริการ และศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองของสตรี จังหวัดนครราชสีมา²⁵ พบว่า ด้านความสะดวกในการเข้ารับ บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรอง

ปัจจัยเสริม การสนับสนุนทางสังคม สตรี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีโอกาส มีพฤติกรรม การตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 1.9 เท่า ของสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และปานกลาง สอดคล้องกับศึกษาของ พรพิมล โสฬสสุกลางกูร และ รัตน์ศิริ ทาโด¹⁹ ศึกษาปัจจัยทำนาย การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้าน ตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วม ทำนายการมาตรวจคัดกรองได้ อธิบายได้ว่า แม่บ้าน ตำรวจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระดับความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูก คำแนะนำในการตรวจ คัดกรองที่ถูกต้อง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน การตรวจคัดกรอง สถานที่สำหรับตรวจคัดกรองที่ มิดชิด ได้รับความห่วงใย การเอาใจใส่เมื่อมีความ กังวลใจในการมารับการตรวจคัดกรอง และได้รับ คำแนะนำในปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจาก บุคลากรทางการแพทย์ การนัดหมายเพื่อตรวจ ครึ่งต่อไปหรือการรับแจ้งผลการตรวจที่เหมาะสม จะมีโอกาสมาตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น 3.487 เท่า

สรุปผลการศึกษาข้างต้นเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยและสนับสนุนแบบจำลองการวางแผน ส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED model ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ร่วมกัน และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของ พฤติกรรมนั้นก่อน เป็นกระบวนการวิเคราะห์ของการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็น เพราะอะไร หรือมีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อนำไป วินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของบุคคล โดยใช้กระบวนการของปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) วินิจฉัยและ ประเมินว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อ



พฤติกรรมของบุคคล แล้วนำไปวางแผน ส่งเสริมสุขภาพ¹³ ซึ่งผลศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในตัวแปรลักษณะ ส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($OR = 1.7$) ใน ตัวแปรปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($OR = 1.9$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ($OR = 2.5$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การ สนับสนุนทางสังคม ($OR = 1.9$)

ส่วนอายุ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนหรือ คนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก และนโยบายการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ ดังนี้

อายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีช่องทางในการเข้าถึง ข้อมูล ข่าวสารที่หลากหลายช่องทาง ทำให้สตรีมี อายุน้อยกว่า 45 ปี หรือมากกว่า 45 ปี มีพฤติกรรม การตรวจคัดกรองที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ Chaowawanit และคณะ¹² ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของสตรีในเขต กรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก พบว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่เหมาะสมกว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

สถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัย ในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษา พบว่า สตรีทั้ง สองกลุ่มทั้งกลุ่มโสด หมาย หย่าร้าง แยกกันอยู่และ กลุ่มสมรสมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเหมาะสมที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสตรีที่ สมรสจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือ

สมาชิกในครอบครัวที่ดีกว่าสตรีที่โสด หมาย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ทำให้มาตรวจคัดกรองเหมาะสม มากกว่าเล็กน้อย และเนื่องด้วยในปัจจุบันมีการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ มากขึ้นทำให้ สตรีทั้งสองกลุ่ม รับทราบถึงข่าวสารที่เท่าๆ กัน ทำให้ การมาตรวจคัดกรองเหมาะสมของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ในการศึกษานี้สถานภาพ สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา ของ อาทิตยา วังวนสินธุ์²⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่โสดมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่ากลุ่มที่สมรส อธิบายได้ว่า สตรีที่มีสถานภาพ โสดไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสจะรับรู้โอกาสเสี่ยง ในการเป็นโรคน้อยเนื่องจากไม่ได้มีเพศสัมพันธ์จึงมี ความคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค จึงส่งผล ให้มาตรวจคัดกรองน้อยกว่าคนที่มีความสัมพันธ์

รายได้ ไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัย ในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท กลุ่มรายได้ มากกว่า 15,000 บาทมีพฤติกรรมตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายจัดงบประมาณเพื่อสนับสนุนการ ตรวจคัดกรอง ณ สถานพยาบาลของรัฐสำหรับสตรี ที่มีอายุ 30 - 60 ปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทุกที่²⁷ ปัจจัย ด้านรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ ญัฐยานี ภิมยศสิทธิ์ และคณะ²⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจคัดกรอง อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้อยู่ในระดับที่ดี เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ได้มาซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิการรักษา ไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่าสตรีทุกสิทธิการรักษามีพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากสตรีที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 52.1 ของการศึกษานี้ ซึ่งไม่มีสตรีคนใดต้องจ่ายเงินในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้สิทธิการรักษาจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก²⁷ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ²⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีสิทธิการรักษาสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมารับการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิบัตรทอง เพราะการศึกษานี้ศึกษาในจังหวัดราชบุรี สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนมากเป็นกลุ่มข้าราชการ ซึ่งจะเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสารได้ง่ายกว่าสตรีสิทธิการรักษาอื่น

ประวัติการมีบุตร ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สตรีที่มีบุตรและสตรีที่ไม่มีบุตรมีพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในปัจจุบันสตรีทั้งมีบุตรและไม่มีบุตรมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งข้อมูล ปัจจัยที่เคยสัมพันธ์จากงานวิจัยในอดีตอาจจะไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุน¹⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในจังหวัดพิจิตร ผลการศึกษา พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการนัดตรวจหลังคลอดและได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

และทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกลัวหรืออายที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประวัติการคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากวิธีคุมกำเนิดของสตรีส่วนมากในการศึกษานี้ คือ วิธีการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 60.23 ซึ่งสามารถไปซื้อหาที่ร้านขายยาทั่วไป ซึ่งมีโอกาสไม่ได้มาพบแพทย์สูงและทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์โดยตรงเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวเนื่องจากการกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองที่มีการเข้าถึงสินค้าและการบริโภคสินค้านั้นเข้าถึงง่าย รวมถึงความเร่งรีบในการเดินทางและการประกอบอาชีพจึงทำให้สตรีตัดสินใจในการซื้อยาคุมกำเนิดและถุงยางตามร้านขายยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁹ ที่พบว่า ประวัติการคุมกำเนิดไม่สามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษานี้ พบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มทั้งที่มีประสบการณ์ด้านอาการและไม่มีประสบการณ์ด้านอาการมีพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสตรีที่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในปัจจุบันสามารถเข้าถึงสื่อข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ประกอบกับอาการที่กล่าวถึงเป็นอาการของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ในขณะที่อาการมะเร็งปากมดลูกระยะแรกๆ จะไม่มีอาการ จึงขัดแย้งกับงานวิจัยในอดีตที่กล่าวว่าปัจจัยประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูกสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ²⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า

สตรีที่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก มาตรวจมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เนื่องจากมีการคาดคะเนว่าตนมีความเสี่ยงทำให้มารับบริการตรวจคัดกรอง และการศึกษาของ Gan & Dahloui³⁰ พบว่า สตรีที่สามารถระบุอาการของ โรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มมารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมากขึ้นเป็น 2 เท่า

การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วย มะเร็งปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร จากการศึกษพบว่ากลุ่มที่มีเพื่อนบ้าน หรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่ไม่มี เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตชุมชนเมือง เป็นมีผู้อยู่อาศัยมีความแออัด ต่างคนต่างอยู่ รู้จักกันน้อยมากจากเงื่อนไขของสภาพที่อยู่อาศัย และวิถีชีวิตไม่ไปมาหาสู่กันเหมือนชุมชนชนบท จึงทำให้ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านในชุมชน มากนัก³¹ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ภิรมสิทธิ์ และคณะ²⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก อธิบายได้ว่า เพื่อนบ้านเป็นแหล่งของ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นใน การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทางที่เพิ่มขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ที่จะเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ไม่เกิดความตระหนัก ในการมาตรวจคัดกรองและมีสตรีบางส่วนไม่ทราบ ว่าโรคนี้นี้เกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สอดคล้อง

กับการศึกษาของ พรพิมล โสฬสกลางกรและ รัตนศิริ พาโต¹⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูกไม่สามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองได้ เพราะมีความเชื่อว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับ สามีของตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงน้อยในการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร สตรีรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก มีความอันตรายถึงชีวิต แต่มีความเชื่อว่าตนเองมี สุขภาพที่ดีไม่คิดว่าจะมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับ เทพกร พิทยาภินันท์ และคณะ³² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัด สงขลา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองเพราะคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น เรื่องที่ไกลตัว

การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร อาจเกิดจากการที่สตรีมีการรับรู้ แต่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจจะไม่มีความเชื่อว่า สามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองช่วงเวลาใดก็ได้ ทำให้ละเลยการไปตรวจคัดกรอง ขัดแย้งกับการศึกษา ของ สุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์³³ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมีผลต่อพฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากถ้าสตรีรับรู้ ถึงนโยบายการตรวจคัดกรองก็จะพิทักษ์สิทธิของตน และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข

1. จากผลการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการสร้างกิจกรรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างกิจกรรมกับครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ถึงการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยส่งเสริมการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

3. ควรมีการจัดโปรแกรมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้นและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ด้านภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ด้านภาครัฐถึงแม้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ในเชิงนโยบาย

ควรมีการจัดการการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด

3. ควรมีการส่งเสริมนโยบายการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบรรณการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านครอบครัวเพื่อเป็นส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาอาจจะใช้ได้เฉพาะสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงควรศึกษาในสตรีกลุ่มอื่นๆ และควรมีการศึกษาในจังหวัดอื่นๆ

2. ควรศึกษาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสริมแรงจิตใจให้เกิดพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

3. ควรมีการศึกษาถึงการจัดโปรแกรมโดยนำผลการศึกษามาปรับใช้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer Today. [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismultibars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population.
2. World Health Organization. Cervical cancer. [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
3. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018. [Internet]. [cited 2022 Jan 25]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2021. [Internet]. [cited 2022 May 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>. (in Thai).

5. Srisomboon J, Supakrapongkul, Srisomboon J, Kietpeerakul C, editors. Gynecologic oncology. Bangkok: Pimdee; 2011. p. 124-30. (in Thai).
6. National Cancer Institute. Definition of service plan indicators for cancer 2018-2022. [Internet]. [cited 2023 Apr 8]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>. (in Thai).
7. Ministry of Public Health. KPI template 2023. [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: <https://nci.go.th/th/screening01.html>. (in Thai).
8. Ministry of Public Health. Thailand health profile 2016-2017. [Internet]. [cited 2023 April 10]. Available from: <https://spd.moph.go.th/thai-public-health-report>. (in Thai).
9. Official Statistics Registration Systems. Population by age. [Internet]. [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view>. (in Thai).
10. National Health Security Office. NHSO annual report 2021. [Internet]. [cited 2023 Apr 31]. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15/27-2564/file>. (in Thai).
11. Sirithammanukul W. Reasons for service utilization and health belief in cervical cancer prevention among females undergoing the cervical prevention and surveillance project of Chulabhorn hospital. TRC Nurs J 2017;10(1):126-44. (in Thai).
12. Chaowawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, attitudes and behavior of Bangkok metropolitan women regarding cervical cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev 2016;17(3):945-52.
13. Green L, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th New York: McGraw Hill; 2005.
14. Sripiboonbat J, Moopayak K, Priyatrak P, Ruangiratain S. Factors related to the use of cervical cancer screening services by women living in catchments area of primary care units. J Nurs Sci 2011;29(2 Suppl 1):82-92. (in Thai).
15. Juntawong N, Tridech P, Siri S, Tridech C. Factors related to receiving cervical cancer screening services among women aged 30-60 years in Muang district, Pathumthani. JPNC 2017;28(1):63-79. (in Thai).
16. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. New York: Archives of Psychology; 1932.
17. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
18. Wicheanpoon O, Jariya W. Factors affecting the utilization behaviors of cervical cancer screening services for women aged 30-60 years in Saklek district, Pichit province. Research and Development Health System Journal 2020;13(2):250-8. (in Thai).
19. Sorotkulangkoon P, Thato R. Factors predicting cervical cancers screening among police officer wives in Bangkok. JOPN 2019;11(2):407-20. (in Thai).



20. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing; 1981.
21. Pilot DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
22. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
23. Kaneko N. Factors associated with cervical cancer screening among young unmarried Japanese women. BMC Women's Health 2018;18(1):132-8.
24. Chaiwarin B. Factors affected attending cervical cancer screening of Tai Lue women in Sridonchai subdistrict, Chiang Khong district, Chiangrai province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Phayao University; 2020. (in Thai)
25. Sareh N, Leeya Y, Tansakul K. Factors related to cervical cancer screening of women in Ruso district Narathiwat province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Hatyai University; 2017. (in Thai).
26. Wangwonsin A, Jaruk M. Factors Effectuated to Cervical Cancer Screening Among Risk Group of Women in Nakhon Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021;13(1):100-13. (in Thai).
27. National Health Security Office. National Health Security System development report, budget 2021. [Internet]. [cited 2023 Mar 20]. Available from: http://www.nhso.go.th/operating_results/50. (in Thai).
28. Phiromsid N, Kunsiripunyo J, Tansiri P, Loungpantao K. Factors affected the decision making for cervical cancer screening among women at Suphanburi province. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):95-108. (in Thai).
29. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. J Public Health 2013;43(2):175-87. (in Thai).
30. Gan DE, Dahlui M. Cervical screening uptake and its predictors among rural women in Malaysia. Singapore Med J 2013;54(3):163-8.
31. Thongthammachat N. Life in the contemporary condition of urban society. Veridian E-Journal Silpakorn University 2016;9(1):1669-87
32. Pittayapinune T, Changsan R, Wilaiprasong S. Factors affected the decision for cervical cancer screening among women in Singhanakhon district, Songkhla province. Thaksin J 2016;19(2):89-97. (in Thai).
33. Thepsiripan S. Factors affecting the behaviors of female personal for pap smear services in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Kasetsart University; 2012. (in Thai).

ผลของโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ The Effects of the Elderly Care for Frailty Prevention Program on Perceived Self-efficacy and Behaviors to Prevent and Delay of Frailty Progression in Elderly Patients

ไพฑูรย์ พรหมชาติ* เซาวาลิต กุดวงศ์แก้ว** มยุรี ลีทองอิน*** กมลศักดิ์ สุคนธมาน****
Phaitoon Promchat,* Chaowalit Kudwongkaew,** Mayuree Leethong-in,*** Kamolsak Sukhonthamarn****

*,** โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น
*,** Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

*** Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

**** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

**** Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

** Corresponding Author: chaoku@kku.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้กลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบาง 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ 4) คู่มือป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ และ 5) สี่อวิตทัศน์ เครื่องมือทั้ง 5 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1, 0.93, 0.96, 0.96 และ 1 ตามลำดับ หาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93 และ 0.92 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบาง ซึ่งพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

Received: December 8, 2024; Revised: April 7, 2025; Accepted: April 8, 2025

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 3.167$) และสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 4.499$) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 10.292$) และสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 8.953$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละกลุ่มโรค

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะเปราะบาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of the Elderly Care for Frailty Prevention Program or “Sung Wai Pong Gan Praw Bahng Program” on perceived self-efficacy and behaviors to prevent and delay frailty progression among elderly patients. The participants were elderly patients receiving treatment at the Accident and Emergency Department of Srinagarind Hospital, who met the inclusion criteria: 22 patients in the experimental group and 23 patients in the control group. The research instruments were: (1) the Sung Wai Pong Gan Praw Bahng Program, (2) the perceived self-efficacy scale, (3) the preventive behaviors and delaying frailty in elderly patients questionnaire, (4) a manual for preventing and delaying frailty progression, and (5) a video media about exercise for preventing and delaying frailty progression. All five instruments were tested for content validity and the CVI values were 1, 0.93, 0.96, 0.96 and 1 respectively. Regarding the reliability, the Cronbach’s alpha coefficient values were 0.93 and 0.92. The experimental group received the program “Sung Wai Pong Gan Praw Bahng”, developed based on the self-efficacy theory, while the control group received standard nursing care. Data were collected before and after the experiment using the self-efficacy scale and the preventive behaviors and delaying frailty in elderly patients questionnaire and were analyzed by descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

The study results indicated that after receiving the program, the experimental group’s perceived self-efficacy scores were significantly higher than both the control group ($t = 3.167$) and their pre-experiment scores ($t = 4.499$). Additionally, the experimental group showed significantly higher scores in behaviors to prevent and delay frailty compared to the control group ($t = 10.292$) and their pre-experiment scores ($t = 8.953$) ($p < .05$). Based on these findings, it is recommended that nurses involved in elderly patient care incorporate this program into their practice in managing older adults across different disease groups.

Keywords: elderly patient, frailty, self-efficacy, behaviors to prevent and delay of frailty

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากกระบวนการสูงอายุ พลังงานสำรองที่ถดถอย ถูกกระตุ้นทั้งจากปัจจัยภายในร่างกายและสิ่งแวดล้อมภายนอก การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน^{1,2} จากการศึกษาของต่างประเทศพบผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีภาวะเปราะบางมากถึง ร้อยละ 62.31³ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพบภาวะเปราะบางร้อยละ 18.8 ถึง 41.9⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้เพิ่มมากขึ้น

ภาวะเปราะบาง แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามความเสื่อมสภาพ ได้แก่ ระดับแข็งแรงหรือปกติ (Robust) ระดับเริ่มเปราะบาง (Pre-frail) และระดับเปราะบาง (Frail) ภาวะเปราะบางเป็นกระบวนการแบบพลวัตที่สามารถย้อนไปกลับในระหว่างกลุ่มได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางสามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นระดับเริ่มเปราะบาง หรือระดับแข็งแรงได้⁵ ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง⁶ การตอบสนองต่อการบาดเจ็บและอักเสบลดลง ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม⁷ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น³ ในขณะที่ผลกระทบด้านจิตใจอันเนื่องมาจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง คุณภาพชีวิตลดลง⁸ ด้านสังคม ทำให้เพิ่มภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของเพศหญิง⁹ การเจ็บป่วยและโรคร่วม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปพบภาวะเปราะบางร้อยละ 88.9¹⁰ ภาวะโภชนาการ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อจัดแบ่งระดับ นำไปสู่การวางแผนดูแลรักษา ปรับรูปแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของภาวะเปราะบางในแต่ละบุคคล¹¹ ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ความรู้ จัดกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง¹² เน้นกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่งเสริมโภชนาการ ดูแลให้ได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอและเหมาะสม¹³ ลด เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม¹ ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อดูแลป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรม¹⁴ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁵

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) Bandura¹⁶ ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) ทำให้บุคคลตัดสินใจและมีความพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมของบุคคล หากมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยสูงอายุ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติ

การดูแลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางให้สำเร็จได้แม้จะมีอุปสรรค ทั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ ความสำเร็จของตนเอง (Performance accomplishment) 2) ประสบการณ์ ความสำเร็จของบุคคลอื่น (Vicarious experiences) 3) การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง (Verbal persuasion) 4) สภาพร่างกายและอารมณ์ (Psychological states) หากได้รับการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งนี้ ให้มีความมั่นใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น รวมทั้งแสดงพฤติกรรม เพื่อป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางให้สำเร็จ

สถิติผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ พ.ศ. 2564 จำนวน 750 ราย¹⁷ มีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁴ จากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จำนวน 10 ราย พบผู้ป่วยสูงอายุระยะ เริ่มภาวะเปราะบาง และภาวะเปราะบาง ร้อยละ 80 และ 20 ตามลำดับ ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะหรือการผ่าตัด ภาวะเรงด่วนและ ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาจส่งผล ให้มีโอกาสดังกล่าวเปราะบางเพิ่มมากขึ้น อีกทั้ง หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการป้องกัน และชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน

พฤติกรรมในการดูแลป้องกันและชะลอ ภาวะเปราะบาง¹⁸ คือ การแสดงออกหรือการกระทำ พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การลดปัจจัยเสี่ยง และการเข้าร่วมกิจกรรมกับ ครอบครัวหรือสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมในการดูแลป้องกันและชะลอภาวะ เปราะบางนั้นสร้างเสริมได้จากการส่งเสริมความ

เชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน¹⁴ เน้นการส่งเสริมการ ออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม และลดปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นผู้วิจัยได้นำ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁶ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม ป้องกันเปราะบางขึ้น ผ่านแหล่งสนับสนุนสำคัญทั้ง 4 แหล่ง และศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน เปราะบางต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรม การป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วย สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความ เข้าใจ เพิ่มความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรม การป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางใน ผู้ป่วยสูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางใน ผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองคะแนนการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลองคะแนนการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรม การป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรม การป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบาง Bandura¹⁶ เชื่อว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ 1) ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Efficacy expectation) ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่า ตนเองพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นสิ่งที่บุคคลคาดหวัง คาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จะทำให้กระทำพฤติกรรมนั้นได้ ทั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มได้จากการส่งเสริม 4 แหล่งสนับสนุนที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น 3) การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง 4) สภาพร่างกายและอารมณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁴ นำมาปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางขึ้นโดยผ่านแหล่งสนับสนุน ดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล จึงจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ภาวะเปราะบาง รวมถึงกิจกรรมการป้องกันภาวะเปราะบาง ได้แก่ การฝึกออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเรียนรู้ที่จะประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

2) ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น เป็นการรับรู้ผ่านประสบการณ์หรือการได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น ในโปรแกรมนี้ถูกนำเสนอผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง สื่อวีดิทัศน์การออกกำลังกายเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และคู่มือป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

3) การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นจากคำพูดของผู้วิจัย ส่งเสริมให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นได้ เพื่อให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น รวมทั้งเกิดความตระหนักถึงผลกระทบ ความเสี่ยงจากภาวะเปราะบาง เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง

4) สภาพร่างกายและอารมณ์ เป็นการสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการทำกิจกรรม รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และการสนับสนุนให้กำลังใจ

จากโปรแกรมข้างต้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการส่งเสริมสนับสนุนผ่านกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง ทำให้มีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางให้สำเร็จได้ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมสว่ຍป้องกันเปราะบาง

1. ประสพการณ์ความสำเร็จของตนเอง
 - 1.1 คัดกรองความเสี่ยง ร่วมวางแผนป้องกัน ชะลอภาวะเปราะบาง
 - 1.2 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย
2. ประสพการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น
ตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ “การออกกำลังกายเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ” และคู่มือป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ
3. การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง
 - 3.1 แนะนำการรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือ
 - 3.2 ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
 - 3.3 เสริมความมั่นใจ ทบทวนผ่านช่องทางการเรียนรู้และสอบถาม
4. สภาพร่างกายและอารมณ์
 - 4.1 สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้
 - 4.2 ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการทำกิจกรรม
 - 4.3 เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และการสนับสนุนให้กำลังใจ

- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางของผู้ป่วยสูงอายุ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest research design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 60 - 79 ปี ที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 60 - 79 ปี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน¹⁹ จากการคัดกรองภาวะเปราะบางอยู่ในระยะแข็งแรง หรือระยะก่อนเปราะบาง¹⁹ ประเมินภาวะรู้คิด คะแนนมากกว่า 3 คะแนน¹⁹ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความปวดน้อยกว่า 4 คะแนน และคัดกลุ่มตัวอย่างออกเมื่อต้องได้รับออกซิเจนหรือใส่ท่อช่วยหายใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดย

โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 เลือกใช้สถิติ Means: difference between two independent means (Two groups) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ขนาดอิทธิพล .80²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงออกแบบให้มีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁹ ทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน ได้แก่ ช่วยเหลือตนเองได้/เข้าสังคมได้ (≥ 12 คะแนน) ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (5 - 11 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (≤ 4 คะแนน)

1.2 แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง¹⁹
คะแนนรวม 5 คะแนน แปลผลตามช่วงคะแนน
โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ (0 คะแนน)
กลุ่มเริ่มเปราะบาง (1 - 2 คะแนน) และกลุ่มเปราะบาง
(3 - 5 คะแนน)

1.3 แบบคัดกรองการรู้คิด (Mini-
Cog)¹⁹ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 5 คะแนน
ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 3 คะแนน แปลผลว่า เสี่ยงต่อ
ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส
ยารักษาโรคประจำตัว โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง BMI
ประวัติการหกล้ม และประวัติกระดูกหัก

2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเพื่อป้องกันและ
ชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁴ ประกอบด้วย
2 ด้าน จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น ด้านส่งเสริมการ
ออกกำลังกาย จำนวน 16 ข้อ และด้านส่งเสริม
โภชนาการ ลดปัจจัยเสี่ยง การเข้าสังคม จำนวน 6 ข้อ
แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีทั้งหมด
11 ช่วงคะแนน จาก 0 - 10 โดยเรียงจากผู้ป่วย
สูงอายุไม่มีความมั่นใจเลย เท่ากับ 0 ไปจนถึงผู้ป่วย
สูงอายุมีความมั่นใจมากที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน
ผลรวมของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 220 คะแนน
โดยกำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best²¹
ดังนี้ ระดับต่ำ (0 - 73.3 คะแนน) ระดับปานกลาง
(73.4 - 146.7 คะแนน) ระดับสูง (> 146.7 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม
ป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ
จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ด้าน
จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นด้านการดูแลส่งเสริมการ
ออกกำลังกาย จำนวน 16 ข้อ และด้านการส่งเสริม
ภาวะโภชนาการ การลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริม

ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 6 ข้อ
ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถาม
ประเมินค่าโดยเลือกตอบตามการปฏิบัติตนใน
1 สัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (0 - 1 ครั้ง/สัปดาห์)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติ
เป็นประจำ (> 3 ครั้ง/สัปดาห์) เกณฑ์การให้คะแนน
มีดังนี้ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติเป็น
บางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)
แปลผลและแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ช่วงคะแนน 1 - 22 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
ช่วงคะแนน 23 - 44 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
และช่วงคะแนน 45 - 66 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบาง
ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนของผู้ดูแลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะ
เปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁴ ปรับให้เหมาะสมกับ
ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โปรแกรม
จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ
15 - 20 นาที ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธ์ภาพ
คัดกรองความเสี่ยง 2) ร่วมวางแผนป้องกันและชะลอ
ภาวะเปราะบาง เสริมความรู้ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ คู่มือ
และบัญชีทางการไลน์ “เปราะบาง ป้องกันได้” 3) การ
ออกกำลังกาย และ 4) เสริมความมั่นใจ

3.2 คู่มือป้องกันและชะลอภาวะ
เปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ดัดแปลงจากคู่มือสำหรับ
ผู้ดูแลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางใน
ผู้ป่วยสูงอายุ¹⁴ เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของ
ภาวะเปราะบาง ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การป้องกัน
การคัดกรอง และกิจกรรมป้องกันและชะลอภาวะ
เปราะบาง

3.3 สื่อวีดิทัศน์ 1 ชุด การออก
กำลังกายเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง

ในผู้สูงอายุ¹⁴ เนื้อหาประกอบด้วย ประเภทยา
ออกกำลังกาย ข้อควรปฏิบัติ ทำในการออกกำลังกาย
ทั้ง 4 ประเภท และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

3.4 บัญชีทางการไลน์ “เปราะบาง
ป้องกันได้” เพื่อใช้ในการทบทวนและสอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
(Content validity) โปรแกรมสูงวัย ป้องกัน
เปราะบาง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการและชะลอ
ภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ คู่มือป้องกันและ
ชะลอภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และสื่อวีดิทัศน์
ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่
แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ภายหลังแก้ไขความ
ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปคำนวณ
ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1, 0.93, 0.96,
0.96 และ 1 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการและชะลอ
ภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน
กันยายน พ.ศ. 2567 ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม
ตามเกณฑ์การคัดเข้าจนครบ จึงดำเนินการเก็บข้อมูล
ในกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแล
ตามการพยาบาลปกติ ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 2 ที่ผู้ป่วยสูงอายุนอนโรงพยาบาล
จะได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และสอบถามพฤติกรรมป้องกันการและชะลอ
ภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ

ครั้งที่ 2 วันที่ 5 ที่ผู้ป่วยสูงอายุนอนโรงพยาบาล
จะได้รับการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ครั้งที่ 3 หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์
ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการโทรศัพท์ติดตาม สอบถาม
เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการและชะลอภาวะ
เปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลตาม
โปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบาง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 2 ที่ผู้ป่วยสูงอายุนอนใน
โรงพยาบาล จะได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน และสอบถามพฤติกรรมป้องกันการและชะลอ
ภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเริ่มโปรแกรม

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับความรู้
เกี่ยวกับภาวะเปราะบางผ่านคู่มือ และแนะนำการใช้
บัญชีทางการไลน์ “เปราะบาง ป้องกันได้” เพื่อเป็น
ช่องทางในการทบทวนและติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 วันที่ 4 ได้รับการแนะนำการ
ออกกำลังกายผ่านสื่อวีดิทัศน์ และฝึกออกกำลังกาย
ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 วันที่ 5 ทบทวนความรู้ ฝึกออกกำลังกาย
และทบทวนการใช้บัญชีทางการไลน์ เปิดโอกาสให้
ซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการประเมิน
ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับโปรแกรม

ครั้งที่ 5 ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการโทรศัพท์
ติดตาม สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการและ
ชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากจำหน่าย
กลับบ้าน 2 สัปดาห์



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661477 เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Version 28.0 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าน้อยที่สุด ค่ามากที่สุด

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test ภายหลังทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ภายหลังทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

เมื่อดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ พบว่า กลุ่มทดลองคงเหลือ 22 ราย (ข้อมูลไม่ครบ 1 ราย และไม่สามารถติดต่อได้ 1 ราย) และกลุ่มควบคุมคงเหลือ 23 ราย (ข้อมูลไม่ครบ 1 ราย) ผลการวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.09) อายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 59.09) อายุเฉลี่ย 68.32 ปี (Mean 68.32, SD = 5.97) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) ระดับ

การศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40.91) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 59.09) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.18) ประวัติการใช้ยา 2 - 9 ชนิด (ร้อยละ 100) BMI 18.50 - 24.90 (ร้อยละ 63.64) ไม่เคยมีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 77.27) ไม่เคยมีประวัติบาดเจ็บหรือกระดูกหัก (ร้อยละ 100) และกลุ่มระยะแข็งแรง (ร้อยละ 68.18)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.52) อายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 86.96) อายุเฉลี่ย 65.48 ปี (Mean = 65.48, SD = 3.76) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.61) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 65.22) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.48) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 56.52) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.57) ประวัติการใช้ยา 2 - 9 ชนิด (ร้อยละ 100) BMI 18.50 - 24.90 (ร้อยละ 71.91) ไม่เคยมีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 69.57) ไม่เคยมีประวัติบาดเจ็บหรือกระดูกหัก (ร้อยละ 100) และกลุ่มระยะเริ่มเปราะบาง (ร้อยละ 52.17)

2. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.87 และ 68.18 ตามลำดับ) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 65.22 และ 81.82 ตามลำดับ)

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางช่วงคะแนน 23 - 44 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 73.91 และ ร้อยละ 90.91 ตามลำดับ) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางช่วงคะแนน 23 - 44 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

และช่วงคะแนน 45 - 66 ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 91.30 และ 90.91 ตามลำดับ)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลอง (Mean = 162.73, SD = 18.61) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 136.87, SD = 33.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 25.86 (Mean difference = 25.86, 95% CI: 9.36 - 42.32, t = 3.167)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านออกกำลังกาย และด้านส่งเสริมโภชนาการ ลดปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงสังคมของกลุ่มทดลอง (Mean = 127.00, SD = 16.70: Mean = 35.73, SD = 3.80) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 106.35, SD = 31.42: Mean = 30.52, SD = 5.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 20.65 และ 5.20 ตามลำดับ (Mean difference = 20.65, 95% CI: 5.49 - 35.81, t = 2.769; Mean difference = 5.20, 95% CI: 2.30 - 8.10, t = 3.616 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 22) และกลุ่มควบคุม (n = 23)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ภาพรวม	162.73	18.61	136.87	33.67	25.86 (9.39 - 42.32)	3.167	.003
ด้านออกกำลังกาย	127.00	16.70	106.35	31.42	20.65 (5.49 - 35.81)	2.769	.009
ด้านส่งเสริมโภชนาการ ลดปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงสังคม	35.73	3.80	30.52	5.63	5.20 (2.30 - 8.10)	3.616	< .001

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุก่อนการทดลอง (Mean = 50.45, SD = 3.83) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 33.13, SD = 6.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 17.32 (Mean difference = 17.32, 95% CI: 13.93 - 20.72, t = 10.292)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านออกกำลังกาย และด้านส่งเสริมโภชนาการ ลดปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงสังคมของกลุ่มทดลอง (Mean = 39.27, SD = 3.96: Mean = 11.18, SD = 0.90) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 23.26, SD = 6.12: Mean = 9.87, SD = 2.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 16.01 และ 1.31 ตามลำดับ (Mean difference = 16.01, 95% CI: 12.89 - 19.13, t = 10.361; Mean difference = 1.31, 95% CI: 0.27 - 2.36, t = 2.574 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 22) และกลุ่มควบคุม (n = 23)

พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ภาพรวม	50.45	3.83	33.13	6.94	17.32 (13.93 - 20.72)	10.292	< .001
ด้านออกกำลังกาย	39.27	3.96	23.26	6.12	16.01 (12.89 - 19.13)	10.361	< .001
ด้านส่งเสริมโภชนาการ ลดปัจจัยเสี่ยง การเข้าสังคม	11.18	0.90	9.87	2.26	1.31 (0.27 - 2.36)	2.574	.015

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลอง (Mean = 162.73, SD = 18.62) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 134.64, SD = 27.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 28.09 (Mean difference = 28.09, 95% CI: 15.11 - 41.08, t = 4.499)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการทดลอง (Mean = 50.45, SD = 3.84) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 34.68, SD = 6.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 15.77 (Mean difference = 15.77, 95% CI: 12.11 - 19.44, t = 8.953) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง ในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง (n = 22) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	162.73	18.62	134.64	27.50	28.09 (15.11 - 41.08)	4.499	< .001
พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง	50.45	3.84	34.68	6.55	15.77 (12.11 - 19.44)	8.953	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีสมมติฐานที่ 1 หลังการทดลอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสมมติฐานที่ 2 หลังการทดลอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 25.86, 95% CI: 9.39 - 42.32, $t = 3.167$) และผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 28.09, 95% CI: 15.11 - 41.08, $t = 4.499$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยร่วมกันได้ ดังนี้

ก่อนได้รับโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.22) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁶ มีการดำเนินกิจกรรมผ่านแหล่งสนับสนุนหลัก 4 แหล่ง เริ่มจากการประเมินและส่งเสริมความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้ ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยสูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ให้พร้อมเรียนรู้ การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่บอกเล่าถึงขั้นตอนต่างๆ ในการออกกำลังกาย มีตัวอย่างในการออกกำลังกายต่างๆ ให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติ ใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูงในกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย ด้วยการสาธิต การฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามกรณีเกิดข้อสงสัยเพิ่มเติมหลังจำหน่ายกลับบ้านผ่านบัญชีทางการไลน์ “สูงวัยใส่ใจเปราะบาง” เพื่อส่งเสริม

อารมณ์ด้านบวก เป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยสูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง ซึ่งการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน¹⁶ เมื่อกิจกรรมในโปรแกรมเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ได้เห็นตัวอย่างจากสื่อวีดิทัศน์ควบคู่กับที่ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติจริง เพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำสำเร็จเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรมระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 81.82) มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁶ อันประกอบด้วย การจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางสำหรับผู้ดูแล ประกอบไปด้วยสื่อวีดิทัศน์การให้ความรู้การออกกำลังกาย คู่มือการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางสำหรับผู้ดูแลที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย ภาพประกอบมีความสวยงามเหมาะสม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม¹⁴ อีกทั้งได้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเป็นรูปแบบให้กับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² เช่นเดียวกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสอนร่วมกับการใช้สื่อโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต และคู่มือ ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และผู้ดูแลเพิ่มขึ้น²³ การเสริมสร้างกำลังใจ สร้างแรงบันดาลใจ การสนับสนุนทางสังคมควบคู่กับการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ช่วยชะลอภาวะเปราะบางและระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁴

ดังนั้นโปรแกรมสูงวัยป้องกันเปราะบางสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสมมติฐานที่ 4 หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 17.32, 95% CI: 13.93 - 20.72, $t = 10.292$) และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 15.77, 95% CI: 12.12 - 19.44, $t = 8.953$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยร่วมกันได้ ดังนี้

การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่านสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ และนำเสนอผ่านตัวแบบผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการดูแลตนเองและแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างเป็นระบบ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ²⁵ อีกทั้งได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การให้ความรู้

การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ²⁶ และได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ สื่อวีดิทัศน์ ให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมร่วมกับญาติคอยดูแล และมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁷

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและชะลอภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุต่อเนื่อง 3 เดือน ถึง 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ นำโปรแกรม สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและชะลอภาวะเปราะบาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนวิจัยจากโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ (Routine to Research: R2R) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Limpawattana P. Geriatric syndromes and interesting health issues. 2nd ed. Khon Kaen: Klungnana Vitthaya Press; 2018. p. 203-8. (in Thai).
2. Sri-on J. Geriatric emergency. 3rd ed. Bangkok: P.A. Living; 2021. (in Thai).
3. Richards SJG, D'Souza J, Pascoe R, Falloon M, Frizelle FA. Prevalence of frailty in a tertiary hospital: a point prevalence observational study. PLoS One 2019;14(7):1-12.
4. Liang YD, Zhang YN, Li YM, Chen YH, Xu JY, Liu M, et al. Identification of frailty and its risk factors in elderly hospitalized patients from different wards: a cross-sectional study in China. Clin Interv Aging 2019;14:2249-59.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journals Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56(3): M146-56.
6. Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing 2018;47(2):193-200.
7. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. Ageing Res Rev 2019;56:100960.
8. Clegg A. Frailty in elderly. Lancet 2013;381(9868):752-62.
9. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. J Nutr Health Aging 2019;23(9):771-87.
10. Netchan P, Thato R, Sasat S. Selected factors related to frailty older persons in public residential home. JOPN 2019;1(11):61-72. (in Thai).
11. Huang CH, Umegaki H, Makino T, Uemura K, Hayashi T, Kitada T, et al. Effect of various exercises on frailty among older adults with subjective cognitive concerns: a randomised controlled trial. Age Ageing 2020;49(6):1011-9.
12. Castell MV, Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Martínez M, Prieto MA, Moreno B, Nuñez S, et al. Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age (MEFAP-project), a randomised clinical trial: rationale and study design. BMC Geriatrics 2019;19(1):1-9.
13. Bambrick P, Phelan N, Grant E, Byrne T, Harrison M, Mulcahy R, et al. Diet and exercise for frailty (DEFRAIL): protocol for a study to examine the effect of a novel community-based group exercise and nutritional intervention, designed to reverse frailty in older adults. BMJ Open 2021;11(6):1-11.
14. Promchat P, Leethong-in M. Effects of a self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy among caregivers to prevent and delay frailty progression in elderly patients. J Med Health Sci 2023;30(3):87-102. (in Thai).

15. Buasom P, Promsiripaiboon Y, Sonkasetrin A. Effects of self-efficacy program on health behavior modification in elderly of high blood pressure risk group in Rommane Sub-district, Kapong District, Phangnga Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2017;5(4):549-67. (in Thai).
16. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997. p. 1-38.
17. Medical Record and Statistic Department. *Statistics on elderly patients in accident and emergency department*. Khon Kaen province: Srinagarind Hospital; 2022. (in Thai).
18. Srinonprasert V, Treebupachatsakul P. *Guidelines for preventing frailty in elderly*. Nonthaburi: Sinthavee Printing; 2024. p. 11-9. (in Thai).
19. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Guide to screening/assessing the elderly*. Bangkok: WVO Printing; 2015. p. 60-5. (in Thai).
20. Cohen J. *Statistical power for the behavioral sciences*. Revised ed. New York: Academic Press; 1977.
21. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
22. Wada T, Matsumoto H, Hagino H. Customized exercise programs implemented by physical therapists improve exercise-related self-efficacy and promote behavioral changes in elderly individuals without regular exercise: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2019;19(1):917.
23. Gong J, Hu C, Chen M, Cao Q, Li Q. Interventions to improve self-efficacy in colorectal cancer patients and/or caregivers: a systematic review and meta-analysis. *J Oncol* 2021;4553613.
24. Fang J, Ren J, Wang J, Qiu X, Zhang S, Yuan S, et al. Combining motivational and exercise intervention components to reverse pre-frailty and promote self-efficacy among community-dwelling pre-frail older adults: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2024;24(1):896.
25. Khakhuen S, Jitramontree N, Wirojratana V, Wattanakitkileart D. Effect of the self-efficacy program on health behavior among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2018;24(1):57-71. (in Thai).
26. Wonganunt W. Effects of a program to enhance self-efficacy on stroke prevention behavior in elderly people with chronic non-communicable diseases. Dong Khaen Yai, Subdistrict Kham Khuean Kao District, Yasothon Province. [Research Report]. Yasothon Province: Yasothon Provincial Public Health Office; 2024;1-17. (in Thai).
27. Khamwipat O, Subindee S. The effects of health promotion program on health promoting behaviors in older persons after percutaneous coronary intervention. *RTN Med J* 2024;51(2):371-84. (in Thai).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการแพร่ระบาด ของเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในภาคใต้ตอนบน

Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus during the Coronavirus-19 Pandemic in Upper Southern Region

กชกร มงคลวรพิลาส* รุ่งระวี นาวิเจริญ**

Kotchakorn Mongkonvorapilad,* Rungrawee Navicharern**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological), Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: Kotchakornpm@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน จำนวน 235 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสอบถามการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85, 0.83, 0.82, 0.86 และ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 จำแนกตามมิติคุณภาพชีวิต พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกมิติ มิติการควบคุมเบาหวาน

Received: December 12, 2024; Revised: May 4, 2025; Accepted: May 6, 2025



(Mean = 63.01, SD = 8.33) มิติความวิตกกังวล (Mean = 21.02, SD = 2.57) มิติภาระทางสังคม (Mean = 28.09, SD = 3.18) มิติเพศสัมพันธ์ (Mean = 20.36, SD = 1.18) มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (Mean = 90.85, SD = 6.89) 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและความร่วมมือในการใช้ยา มีสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .28, .28$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ มีสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .37, .35$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ

Abstract

The purposes of this correlation research were: (1) to study the health-related quality of life of people with type 2 diabetes during the COVID-19 epidemic, and (2) to examine the relationship between selected factors, including body mass index, fasting blood sugar levels, lifestyle changes, social support, medication adherence, access to health services and the health-related quality of life of people with type 2 diabetes during the COVID-19 epidemic. The sample consisted of 235 adult patients with type 2 diabetes from the outpatient department of secondary hospitals and above under the Ministry of Public Health in Health Region 11, Upper Southern Region. The study was conducted between December 2023 and April 2024 using a multi-stage sampling strategy. Research instruments included a record form of patients' demographic data, disease-specific quality of life measures, lifestyle changes, social support, medication adherence, and access to health services. The reliability coefficients for these instruments were 0.85, 0.83, 0.82, 0.86, and 0.81, respectively. The data analysis included descriptive quantitative statistics (frequency, mean, percentage, and standard deviation), and Pearson's correlation.

The major findings were as follows: (1) The quality of life of individuals with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic, categorized by dimensions of quality of life, was found to be high in all aspects: diabetes control (Mean = 63.01, SD = 8.33); anxiety (Mean = 21.02, SD = 2.57); social burden (Mean = 28.09, SD = 3.18); sexual function (Mean = 20.36, SD = 1.18); and vitality (Mean = 90.85, SD = 6.89). (2) Factors associated with the quality of life of individuals with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic found that lifestyle changes and medication adherence showed a low positive correlation with quality of life, statistically significant at the .05 level ($r = .28, .28$, respectively) while social support and access to health services exhibited a moderate positive correlation, statistically significant at the .05 level ($r = .37, .35$, respectively). Body mass index and

fasting blood sugar levels showed no correlation with the health-related quality of life of individuals with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic.

Keywords: health-related quality of life, lifestyle changes, social support, medication adherence, access to health services

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ได้กลายมาเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลกระทบกว่า 200 ประเทศ และมีผู้สูญเสียชีวิตจนถึงปัจจุบันจำนวน 6,793,224 คน โดยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (SARS-CoV-2) ก่อให้เกิดกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันที่รุนแรงและติดต่อดำเนิน ในช่วงระหว่างการระบาด ทำให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีจัดการระบบสุขภาพแบบวิถีใหม่ (New normal) เกิดระบบการจำกัดการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนักรวมถึงการประเมินสุขภาพด้านภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ¹

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในช่วงการแพร่ระบาดโควิด 19 และเป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น สำหรับในประเทศไทยจากการตรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า มีแนวโน้มในการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบในเพศชาย ร้อยละ 8.6 และเพศหญิงร้อยละ 10.3 โดยเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานรวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ

20 - 64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ 33.9 และเมื่อมีการระบาดของโควิด 19 มีข้อมูลรายงานว่า ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งติดเชื้อโควิด 19 มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง¹

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความบกพร่องในการหลั่งหรือการทำงานของฮอโมนอินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าเซลล์ได้ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ เพศ และประวัติครอบครัว การรักษาที่มีการใช้ยา การฉีดอินซูลิน และการปรับพฤติกรรม โดยต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้²

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Related Quality of Life: HRQOL) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงประสบการณ์ ความพึงพอใจหรือความต้องการของบุคคล มีผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวที่มีความสำคัญในการเชื่อมโยงมิติต่างๆ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยรวม อยู่ในระดับที่ดีขึ้นมีผลกายเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพศหญิงเป็นเบาหวานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



($r = -.156$) การมีวิถีชีวิตสุขภาพ (Life style) ที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = .510$)³⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังไม่มีความสอดคล้องกันในบางปัจจัยและระยะเวลาในการศึกษาผ่านมาแล้วหลายปี เช่น มากกว่า 5 ปี ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ซึ่งการแพร่ระบาดของโควิด 19 มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ วิถีชีวิตเปลี่ยนไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁶ และในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบนยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน มีจำนวน 7 จังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้แก่ ชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต และระนอง มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปถึงอายุ 60 ปี จำนวน 1,772,734 คน จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,180,710 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 80,568 คน⁷ อย่างไรก็ตามในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ข้อมูลในอดีตอาจไม่สามารถนำมาปรับการวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจแนวคิด Wilson & Cleary มาทำการศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเป็นการรับรู้ผลกระทบที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากตัวโรคและการรักษาจากมุมมองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เชื่อมโยงสาเหตุต่างๆ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบทางตรง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา จะส่งผล

กระทบต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อจากภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ส่งผลกระทบการจัดบริการรักษาพยาบาล โดยการนำข้อมูลปัจจัยความสัมพันธ์นำมาประยุกต์ในการดูแลแบบองค์รวมผู้ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ในภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ในภาคใต้ตอนบน

สมมติฐานการวิจัย

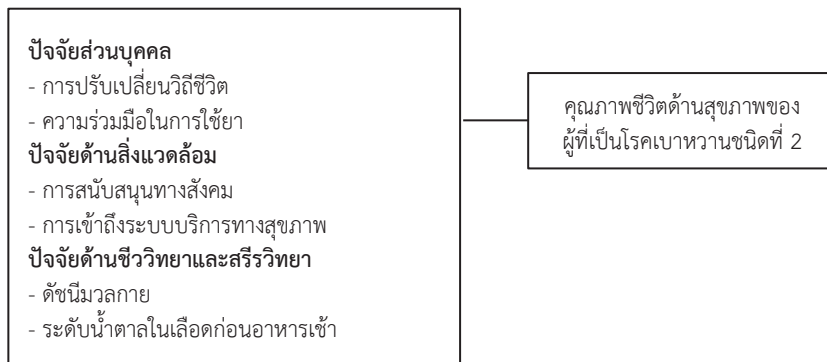
1. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด 19 ได้ใช้แนวคิดของ Wilson & Cleary⁸ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าการรับรู้ผลกระทบที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ที่เกิดจากตัวโรคและการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย มิติด้านสุขภาพ โดยเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรม การที่ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ความร่วมมือในการใช้ยา 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน จำนวน 3 แห่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.23 เป็นค่าอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของ

Komaratat และคณะ⁹ พบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (r) 0.229 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ทำการศึกษานี้ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha < .05$ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถเขียน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีความผิดปกติของจิตประสาท 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินหรือต่ำเกินไปจนต้องส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) มีอาการโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โรคไตเรื้อรัง

โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง แผลเท้าเบาหวาน ซึ่งอาการไม่คงที่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คัดเลือกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีคลินิกเบาหวานเฉพาะโรค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน 2) ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ในอัตราส่วน 2:1 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลกระบี่ 3) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional to size) โดยใช้สูตรของ ยุกติ ฤๅษ และคณะ¹⁰ จากการคำนวณตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 132 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 88 คน และโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามช่วงอายุ ได้แก่ กลุ่มช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 18 ปี - 59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากช่วงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 7 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลภายหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) มีภาวะโรคร่วม

ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 และสิทธิในการรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรคสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes-39¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยกรรณิการ์ สงรรักษา และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต¹² ประกอบด้วย 5 มิติ และข้อคำถาม 39 ข้อ ได้แก่ มิติการควบคุมเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ มิติความวิตกกังวล ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ มิติภาระทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ มิติเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ มิติความแข็งแรงและความกระปรี้กระเปร่า ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ใช้การประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง มีผลกระทบอย่างมาก 2 หมายถึง มีผลกระทบรุนแรงมาก 3 หมายถึง มีผลกระทบมาก 4 หมายถึง มีผลกระทบปานกลาง 5 หมายถึง มีผลกระทบเล็กน้อย 6 หมายถึง มีผลกระทบเล็กน้อย และ 7 หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย คะแนนรวมระหว่าง 39 - 273 คะแนน แบ่งระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติ โดยการจัดช่วงคะแนนเฉลี่ย (ดังตารางที่ 1) การแปลผล โดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีผลกระทบต่อชีวิตน้อยหรือ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สูง ส่วนคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีผลกระทบต่อชีวิตมากหรือ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำ

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

มิติคุณภาพชีวิต	จำนวน ข้อคำถาม	คะแนนต่ำสุด- คะแนนสูงสุด	ช่วงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง
การควบคุมเบาหวาน	12	12 - 84	12.00 - 36.00	36.01 - 60.00	60.01 - 84.00
ความวิตกกังวล	4	4 - 28	4.00 - 12.00	12.01 - 20.00	20.01 - 28.00
ภาระทางสังคม	5	5 - 35	5.00 - 15.00	15.01 - 25.00	25.01 - 35.00
เพศสัมพันธ์	3	3 - 21	3.00 - 9.00	9.01 - 15.00	15.01 - 21.00
ความมีเรี่ยวแรงและ ความกระปรี้กระเปร่า	15	15 - 105	15.00 - 45.00	45.01 - 75.00	75.01 - 105.00
รวม	39	39 - 273	39 - 117	117.01 - 195	195.01 - 273

3. แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานของสมาคมเบาหวานแห่งอเมริกา (American Diabetes Association) และนำไปแปลโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ต่อมาถูกนำไปพัฒนาเป็นข้อคำถามและนำไปใช้โดย จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ¹³ ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 3 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 - 10 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11 - 15 และ 3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16 - 20 ต่อมา American Diabetes Association ได้กำหนดมาตรฐานการรักษายาบาลในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปี ค.ศ. 2021 เพิ่มจาก 3 ด้าน 20 ข้อ เป็น 5 ด้าน จำนวน 22 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (2 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (4 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (5 คะแนน)

โดยการแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยของจินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ และ รุ่งระวี นาวิเจริญ¹³ โดยนำมาแบ่ง 5 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับมากที่สุด 3.41 - 4.20 หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับมาก 2.61 - 3.40 หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับปานกลาง 1.81 - 2.60 หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับน้อย และ 1.00 - 1.80 หมายถึง มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ โดย กิ่งกาญจน์ สิทธิจันทร์แก้ว และ รุ่งระวี นาวิเจริญ¹⁵ ได้นำไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน ผู้วิจัยจึงได้นำมาดัดแปลงและเพิ่มเติม จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามไป 4 ข้อ เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คงข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีจำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีจำนวน

3 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินการเปรียบเทียบ มีจำนวน 2 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยคำนวณอัตราภาคขึ้น โดยนำมาแบ่ง 5 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด 3.50 - 4.49 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนมาก 2.50 - 3.49 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง 1.50 - 2.49 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนน้อย 1.00 - 1.49 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

5. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale in Thais หรือ MAST) ของ กมลชนก จงวิไลเกษม และคณะ¹⁶ ซึ่งมาจากแนวคิด Medication adherence ซึ่งแบบวัดประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบแบบ 6 ตัวเลือก และผู้วิจัยได้เพิ่มตัวเลือกชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละข้อเพื่อนำมาใช้ในการสรุปวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามมีคะแนนรวม 0 - 40 คะแนน ซึ่งข้อคำถามสะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือน ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย (5 คะแนน) 1 - 2 ครั้ง/เดือน (4 คะแนน) 3 - 5 ครั้ง/เดือน (3 คะแนน) 6 - 9 ครั้ง/เดือน (2 คะแนน) 10 - 15 ครั้ง/เดือน (1 คะแนน) และมากกว่า 15 ครั้ง/เดือน (0 คะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยโดยนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้ น้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง 6 - 7 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทาน

ยาอยู่ในระดับปานกลาง มากกว่าเท่ากับ 8 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบสอบถามการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ผู้วิจัยใช้แนวคิด Access to diabetes care ซึ่งในการประเมินไม่เพียงแต่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่แต่รวมถึงผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายควรได้รับการเข้าถึงบริการต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนการเผชิญปัญหา รวมถึงการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีองค์ประกอบ จำนวน 8 องค์ประกอบ ซึ่งได้เลือก 2 องค์ประกอบที่ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับองค์ประกอบของแบบสอบถามอื่น โดยมีข้อคำถาม 14 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านกายภาพ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย การกำหนดช่วงค่าคะแนนและแปลความหมายใช้การคำนวณอัตราภาคขึ้น โดยนำมาแบ่ง 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพมากที่สุด 3.50 - 4.49 หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพมาก 2.50 - 3.49 หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพปานกลาง 1.50 - 2.49 หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพน้อย และ 1.00 - 1.49 หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์อายุรศาสตร์สาขาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล

ด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญ การพยาบาลขั้นสูงด้านโรคเบาหวาน (APN) จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 1 ท่าน และคำนวณหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (D-39) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถาม ความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสอบถามการเข้าถึง ระบบบริการทางสุขภาพเท่ากับ 0.88, 0.95, 0.95, 0.97, 0.88 ตามลำดับ

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิในภาคใต้ตอนบนและนำมาคำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (D-39) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถาม การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสอบถามการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ เท่ากับ 0.85, 0.83, 0.82, 0.86, 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ภายหลังได้รับ เอกสารจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายต่างๆ รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยคลินิก ผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทั่วไป ของโรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี 2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย แนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วม

การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งข้อมูลและ นำหนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามก่อนเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้ป่วยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กรณีที่กลุ่ม ตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยอ่านข้อคำถาม ให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ระยะเวลาในการตอบ แบบสอบถามประมาณ 40 - 60 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 133/66 (วันที่ได้รับอนุญาต 26 มิถุนายน 2566) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ COA 072/2566 (วันที่ได้รับอนุญาต 7 กันยายน 2566) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่ B003/2567 (วันที่ได้รับอนุญาต 4 มกราคม 2567) และเป็น ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในภาคใต้ตอนบน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน (กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 240 คน ได้มีการ Drop out ไประหว่างการศึกษ จำนวน 5 คน) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 เป็นกลุ่ม อายุ 41 - 59 ปี ร้อยละ 53.6 ค่าอายุเฉลี่ย 58.54 (SD = 7.67) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.9 ระดับการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 42.1 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 27.2



ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.51 - 23 ร้อยละ 37.9 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.15 (SD = 3.96) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วงมากกว่า 126 mg% ขึ้นไป ร้อยละ 49.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงเฉลี่ย 140.15 (SD = 50.58) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในช่วงมากกว่าเท่ากับ 6.5 ร้อยละ 34.5 ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ย 7.22 (SD = 1.04) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 81.7 และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโควิด 19 เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 71.5

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 223.34, SD = 15.56) และเมื่อจำแนกตามมิติคุณภาพชีวิต พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกมิติ ดังตารางที่ 2

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.6 (n = 227) และเมื่อพิจารณาแต่ละมิติ พบว่า อยู่ในระดับดีทุกมิติ มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.1 (n = 233) รองลงมาคือมิติเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 98.7 (n = 232) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Mean	SD	ระดับการแปลผล
การควบคุมเบาหวาน (Max = 78, Min = 44)	63.01	8.33	สูง
ความวิตกกังวล (Max = 28, Min = 17)	21.02	2.57	สูง
ภาระทางสังคม (Max = 34, Min = 22)	28.09	3.18	สูง
เพศสัมพันธ์ (Max = 21, Min = 15)	20.36	1.18	สูง
ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (Max = 107, Min = 72)	90.85	6.90	สูง
รวม	223.34	15.56	สูง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2	ระดับคุณภาพชีวิต			
	ดี		ปานกลาง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมเบาหวาน	122	51.9	113	48.1
ความวิตกกังวล	117	49.8	118	50.2
ภาระทางสังคม	178	75.7	57	24.3
เพศสัมพันธ์	232	98.7	3	1.3
ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า	233	99.1	2	0.9
รวม	227	96.6	8	3.4

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19

ผลการวิจัย พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = .28, .28$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = .37, .35$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 ($n = 235$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2	
	r	p-value
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	.28	.01
การสนับสนุนทางสังคม	.37	.01
ความร่วมมือในการใช้ยา	.28	.01
การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ	.35	.01
ดัชนีมวลกาย	.03	.67
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า	-.04	.54

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 223.34, \text{SD} = 15.56$) และเมื่อจำแนกตามมิติคุณภาพชีวิต พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกมิติ และเมื่อพิจารณาแต่ละมิติพบว่า อยู่ในระดับดีทุกมิติ มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.1 ($n = 233$) รองลงมา คือ มิติเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 98.7 ($n = 232$)

อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต

ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson & Cleary⁸ พบว่าทุกมิติมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง และมีมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนอยู่ในระดับสูง กล่าวได้ว่าในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 การเป็นเบาหวานหรือการเจ็บป่วยไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถดำเนินชีวิตความเป็นอยู่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ รับรู้ตัวตนเองยังต้องมีการควบคุมโรคเบาหวาน ความวิตกกังวลมีน้อย ภาระทางสังคมไม่ถูกรบกวน และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และในงานวิจัยนี้ค่าเฉลี่ยอายุ คือ 58.54 ปี ($\text{SD} = 7.67$) และมีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.5 ($n = 128$) ยังคงสามารถ



ดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ได้ใกล้เคียงปกติหรือมี
เรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าในระดับสูง ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ Komaratat และคณะ⁹
ที่พบว่า ร้อยละ 54.3 ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี

2. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง ($r = .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็น
ปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ
และส่งผลต่อการทำหน้าที่ในกระบวนการไตร่ตรอง
และการตอบสนองต่ออารมณ์ โดยเป็นพฤติกรรมหรือ
การปฏิบัติที่แสดงถึงการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน
เพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ
ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร
ตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและ
ออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การนอนหลับที่เพียงพอ
การลดสูบบุหรี่ และการลดหรือหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ สุรา จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแล
ตนเองได้ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษา
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
ประกอบด้วยด้านการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น ด้านการจัดการ
ความเครียดให้ลดลงได้ งดหรือลดการสูบบุหรี่
ด้านการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ⁶ และกลุ่ม
ตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระดับมาก
แสดงถึงการใส่ใจเพื่อป้องกันมิให้มีระดับน้ำตาลใน
เลือดสูงซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและ
ระยะยาว เมื่อมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น
และมีสภาพร่างกายแข็งแรง ไม่วิตกกังวลและไม่เป็น
ภาระแก่สมาชิกในครอบครัวหรือตนเอง สอดคล้อง
กับการศึกษาของ Granados-Vidal และคณะ¹⁷
ที่ระบุว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หากผู้เป็นเบาหวานสามารถ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่างๆ ได้จะทำให้คุณภาพ
ชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .37$) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ
ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุน
ด้านการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ การสนับสนุน
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการ
ประเมินตนเอง แม้การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน
จะเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการพึ่งพา
เมื่อได้รับการสนับสนุนดังกล่าวจะทำให้รู้สึกมั่นคง
ในจิตใจ และรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก
ภายในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถ
เผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้และมี
คุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ใน
ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการ
สนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล
ข่าวสาร ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร และด้านการ
สนับสนุนด้านการประเมินการเปรียบเทียบโดยรวม
อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า
ท่านได้รับความรักความห่วงใยจากคนใกล้ชิด ได้แก่
พ่อ แม่ ญาติอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อท่านมีปัญหา
ท่านสามารถปรึกษาหรือระบายความคับข้องใจ
กับคนใกล้ชิด มีคะแนนสูงสุด และกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง
ได้รับความรักความห่วงใย สามารถปรึกษาและ
ได้รับความช่วยเหลือจากทางสมาชิกครอบครัว ทำให้
ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเอง
มีความสำคัญ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งเมื่อเกิดความทุกข์ใจ
หรือเกิดปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล¹⁸ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = .510$) และ Komaratat และคณะ⁹ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ($r_s = .229, p = .002$)

4. ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล บุคคลรับรู้อันตรายจากโรคที่เจ็บป่วยจะร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ ชนิดรูปแบบของยา แผนการรักษาที่ซับซ้อนมีจำนวนยาที่ใช้ร่วมกันหลายชนิดในสูตรการรักษาและจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน บุคคลจะมีการนำไปปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคลดลง ทำให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาทั้งยาโรคเบาหวานและโรคประจำตัวอื่นๆ ส่วนใหญ่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสะท้อนจากการมีคะแนนสูงที่สุดเมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัด และไม่มีการขาดยา มีการรับประทานยาต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยารับประทาน และยาฉีดเบาหวาน รวมทั้งยารักษาโรคประจำตัวอื่นๆ มีการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและการควบคุมโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Himali และคณะ⁴ ซึ่งพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($p < .05$)

5. การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ เป็นความสามารถที่จะเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งการได้รับการดูแลตามสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ สถานที่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการ อัตรากำลังเพียงพอ องค์ความรู้ของบุคลากรเพียงพอและมีการเพิ่มศักยภาพ การสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ ในการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ และบุคคลปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งได้รับข้อมูลในการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ได้รับการวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์ มีคะแนนสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองประเมินสัญญาณชีพทุกครั้ง เพื่อประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ค้นหาความผิดปกติของหลอดเลือดคัดกรองโรคและใช้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ หรือติดตามผลการรักษา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันจิรา หินขาว และคณะ¹⁹ พบว่า การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ สมพร รักความสุข และ ทูติยรัตน์ รื่นเรือง²⁰ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การได้รับบริการที่รวดเร็วและเพียงพออยู่ในระดับสูง

6. ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินภาวะสุขภาพด้านสภาพร่างกาย การประเมินดัชนีมวลกายคำนวณด้วยน้ำหนักตัวคิดเป็นกิโลกรัมต่อส่วนสูงคิดเป็นเมตรยกกำลังสอง และตัวแปรดังกล่าวมีประโยชน์ คือ ดูอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ และใช้ตรวจสอบภาวะไขมันและความอ้วน ดังนั้นการทำให้ร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ที่ต้องการรักษาสุขภาพในระยะยาว ต้องเชื่อมโยงกับการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย เพื่อให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้ตัวแปรดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายที่ปกติ (คิดเป็นร้อยละ 37.90) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจรับรู้ถึง ภาวะร่างกายยังคงปกติและยังคงสามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² (คิดเป็นร้อยละ 36.20) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย แต่ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวยังไม่แสดงออก กลุ่มตัวอย่างจึงยังไม่ได้รับผลกระทบจากตัวโรคดังกล่าว จึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประกายสกุล

และคณะ²¹ ที่กล่าวว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม

7. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เป็นการกระทำของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจาะปลายนิ้วเพื่อการประเมินระดับน้ำตาลด้วยตนเองหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้ เป็นผลลัพธ์ในการบ่งชี้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน การวัดระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า ได้รับการเจาะเลือดจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในคลินิกเป็นการแสดงถึงระบบการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาลอยู่ที่ $\geq 100 - 140$ mg% จำนวน 179 คน (ร้อยละ 76.1) การที่มีระดับน้ำตาลระดับนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มากขึ้น ส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าได้ดี ยังทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือดำเนินวิถีชีวิตได้ตามปกติ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างมีมิติควบคุมเบาหวานได้ในระดับสูงและมีมิติการมีเรื้อรังและความกระปรี้กระเปร่าอยู่ในระดับสูง จึงรับรู้ถึงโรคเบาหวานไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอาจไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีผลต่อความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Navichareon²² ซึ่งพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.30$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา และการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรนำตัวแปรดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรม เพื่อให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น

2. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา และการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านความวิตกกังวล และกลุ่มอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง เนื่องจากองค์ประกอบดังกล่าว นับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Covid19-daily-dashboard. [Internet]. [cited 2023 Aug 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia>. (in Thai).
2. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes 2021. Diabetes care 2021;44(Suppl 1):S15-33.
3. Methabutsayathon N, Chantamolee S, Suwan P. Causal factors that influence the quality of life of patients with type 2 diabetes in Nakhon Pathom province. Journal of Buddhist Anthropology 2021;6(7):415-28. (in Thai).
4. Rajgadhi H, Patel V, Sabu B, Malhotra S. Medication adherence and health related quality of life in adult patients suffering from diabetes mellitus type 2 and its association with glycosylated hemoglobin and lipids-a prospective study at tertiary care hospital. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research 2018;9(8):3347-54.
5. Eckert K. Impact of physical activity and bodyweight on health-related quality of life in people with type 2 diabetes. Diabetes, metabolic syndrome and obesity. Diabetes Metab Syndr Obes 2012;5:303-11.
6. Mongkon S. The Effects of Empowerment Program on Blood Sugar Level and Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Saklo Sub-district Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province. Nursing Health, and Public Health Journal 2022;1(1):1-13. (in Thai).
7. 11th Health Region. Information. [Internet]. [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://rpho11.moph.go.th/main>. (in Thai).
8. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995;273(1):59-65.

9. Komaratat C, Auemaneekul N, Kittipichai W. Quality of life for type II diabetes mellitus patients in a suburban tertiary hospital in Thailand. *Journal of Health Research* 2021;35(1):3-14. (in Thai).
10. Rucha Y. Nursing research and innovation. 6nd ed. Bangkok: Siamsil; 1997. (in Thai).
11. Boyer JG, Earp JA. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes Diabetes-39. *Med care* 1997;35(5):440-53.
12. Songraksa K, Lerkiatbundit S. Development of a disease specific quality of life instrument: Thai version of the diabetic-39. *Songklanagarind Medical Journal* 2009;27(1):35-49. (in Thai).
13. Sirikunwiwat J, Navicharoen R. The effect of the coaching program in health behaviors modification on HbA1C of persons with pre-diabetes. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019;31(2):10-22. (in Thai).
14. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
15. Sittikankaew K, Navicharoen R. Factor related to health prompting behaviors of type 2 diabetes patients with insulin and oral agent therapy. *JOPN* 2014;6(1):102-12. (in Thai).
16. Jongwilaikasem K, Lerkiatbundit S. Development of the medication adherence scale for Thais. *Thai Journal of Pharmart Practice* 2021;13(1):17-30. (in Thai).
17. Granados-Vidal YA, Jácome-Velasco SJ, Paternina-De la Ossa A, Galvis-Fernández B, Villaquiran-Hurtado A. Lifestyle and quality of life in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes. *Duazary* 2019;16(3):25-39.
18. Chanasirattakul W. Selected factors related to quality of life in patients with diabetic foot ulcer, Northeast region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
19. Hinkhaw C, Leaungsomnapa Y, Pattamasutthikun N, Srithahai J, Khanviset S, Pootthai S. Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang Sub-district Administrative Organization, Chanthaburi province. *Journal of Health Science Research* 2017;11(1):23-32. (in Thai).
20. Rakkwamsuk S, Reunreang T. Factor predicting health behaviors among type 2 diabetes patients dwelling in mueng district, Chon buri province. *RTN Med J* 2020;47(3):544-61. (in Thai).
21. Prakaisakun J, Sirisawang W, Chawapong W. Quality of life non insulin diabetes patient at Sarapee hospital. *Ganesha Journal* 2018;14(1):1-15. (in Thai).
22. Navicharern R. Diabetes self-management, fasting blood sugar and quality of life among type 2 diabetic patients with foot ulcers. *J Med Assoc Thai* 2012;95(2):156-62.



ประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง ผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต Experience in Enhancing Self-Awareness through Reflection among Nursing Students in Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum

ปุณณพร แก้วกล้า* ศิรินตรา ดวงใส** ชัดเจน จันทรพัฒน์* สายฝน เอกวรารังกูร* นัยนา หนูนิล* เกียรติกำจร กุศล*
Punnaporn Kaewklam,* Sirintra Duangsai,** Chadjane Jantarapat,* Saifon Aekwarangkoon,* Naiyana Noonil,*
Kiatkamjorn Kusol*

* สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช

* School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province

** Corresponding Author: Sirintra.du1509@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมายเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่อยู่ระหว่างการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามหลักการของ Colaizzi ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลเกิดการตระหนักรู้ในตนเองจากกระบวนการสะท้อนคิดใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) สัมผัสพลังบวก การเติบโต และเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง 2) เข้าใจตัวเองสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น และ 3) เห็นแนวทางการพัฒนาตนเองในการใช้ชีวิตและการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษาและผู้เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตและการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การตระหนักรู้ในตนเอง การสะท้อนคิด นักศึกษาพยาบาล การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

Abstract

This qualitative research aimed to explore the experiences of enhancing self-awareness through reflection among nursing students in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum. The target group consisted of 12 third-year nursing students who were purposively selected while undertaking the practicum. Data were collected using a personal information questionnaire

Received: December 9, 2024; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 18, 2025

and in-depth interviews guided by semi-structured questions. Content analysis was conducted following Colaizzi's method. The findings revealed that nursing students developed self-awareness through self-reflection in three main themes: 1) experiencing positive energy, personal growth, and inner transformation; 2) developing self-understanding as a foundation for understanding and empathizing with others; and 3) identifying pathways for personal and professional development in life and nursing practice. Educational institutions and relevant stakeholders should support nursing students in cultivating self-awareness through reflection, which can enhance their well-being and promote effective and continuous learning.

Keywords: self-awareness, reflection, nursing student, psychiatric and mental health nursing

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา ≡≡≡

ความก้าวหน้าและเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยี สภาพแวดล้อม และการเกิดโรคในสถานการณ์ ปัจจุบันส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในระบบบริการสุขภาพและการปฏิรูปอุดมศึกษา ทั้งด้านการบริหารจัดการ การจัดการเรียนการสอน การวัดประเมินผล ส่งผลให้การศึกษาพยาบาลต้อง มีการปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ สามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่าง มีอาชีพ¹ เพื่อตอบสนองต่อการเกิดโรคและลักษณะ ความเจ็บป่วยที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงต้องสร้างพยาบาลที่เป็นทั้งคนเก่ง มีภาวะผู้นำ มีคุณภาวะ กล้าตัดสินใจด้วยความมั่นใจ เชื่อมั่นและเติบโตทางความคิด มีคุณธรรมจริยธรรม สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่าง เท่าทันและมีประสิทธิภาพ¹⁻² การออกแบบการเรียน การสอนในระบบการศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้อง ปรับเปลี่ยนวิธีการและพัฒนา รูปแบบการจัดการ เรียนการสอนให้สอดคล้องและเท่าทันกับผู้เรียน และสังคมที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล มีทักษะการคิด สามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

และมีสมรรถนะที่ตรงกับความต้องการของสังคม ปัจจุบัน (Higher-order thinking skills)³

การสะท้อนคิด (Reflective thinking) เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดการทบทวนประสบการณ์ของ ตนเองผ่านการทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ทศนคติ ความเชื่อ และความคาดหวัง เชื่อมโยงกับพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นใน สถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้ง ในเชิงประสบการณ์⁴ การสะท้อนคิดจึงเป็นรูปแบบ สำคัญของการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)⁵ ความเข้าใจตนเองนำไปสู่การเห็นอก เห็นใจผู้อื่น สามารถลดความเครียด วิตกกังวล และ ความเหนื่อยล้าจากการต้องเผชิญกับสถานการณ์ ต่างๆ ได้⁶ โดยเฉพาะการเรียนรู้ภาคปฏิบัติซึ่งเป็น หัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาล การสะท้อนคิด ช่วยทำให้นักศึกษาเกิดการตระหนักรู้นำไปสู่การ เลือกปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้น⁷ ยิ่งกว่านั้นการสะท้อนคิดยังช่วยให้ อาจารย์ผู้สอนได้เข้าใจสถานะอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง การแสดงพฤติกรรมต่างๆ มองเห็นและเข้าใจนักศึกษามากขึ้น⁸ อาจารย์สามารถ ปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนานักศึกษา

โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (Therapeutic use of self) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสะท้อนตนเองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการตระหนักรู้ภายในตนเองได้ในเชิงประสบการณ์ (Experiential) และเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ และการให้เหตุผลทางคลินิก ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹ อีกทั้งกระบวนการสะท้อนคิดที่เสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองยังสามารถพัฒนาการไตร่ตรอง คิดวิเคราะห์ รู้จักและเข้าใจตนเอง ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจประสบการณ์ส่วนตัวและวิชาชีพได้ดีขึ้น สามารถพัฒนาความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นยิ่งขึ้น¹⁰ อีกทั้งการประเมินจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเองได้ตามความเป็นจริงยังส่งผลให้เกิดความมั่นใจ ยอมรับ และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลไปในทางที่ดีได้¹¹ รวมทั้งช่วยฝึกฝนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เป็นการพัฒนาคุณลักษณะสำคัญของการเป็นพยาบาลให้ตระหนักรู้ เข้าใจ และมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีสติ ช่วยสร้างให้เกิดความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ¹²⁻¹³ ประเด็นสำคัญ พบว่า การสะท้อนคิดที่ลึกซึ้งสามารถพัฒนาการยอมรับความเปราะบาง การสร้างพื้นที่ปลอดภัย และช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความซับซ้อนของการพยาบาล¹⁴ การตระหนักรู้ในตนเองจึงเป็นคุณสมบัติที่ทุกคนควรสร้างให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะแก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ให้มีความพร้อมกับการปฏิบัติในวิชาชีพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การเรียนรู้และการใช้ชีวิตเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้¹¹

การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มุ่งเน้นการฝึกภาคปฏิบัติ โดยบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งนักศึกษายังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในระหว่างการศึกษาศึกษาพยาบาลที่มีทั้งอารมณ์ทางบวกและทางลบ¹⁵ เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ตนเองอยู่ในสถานการณ์ใหม่ ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นครั้งแรก¹⁶ นักศึกษาไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง กลัวการเริ่มต้นการสนทนากลัวว่าการสนทนาจะไม่เป็นลักษณะของการบำบัด กลัวผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ รวมทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารเพื่อยุติความสัมพันธ์¹⁷ แม้ว่าที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเขียนสะท้อนตนเองในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง แต่พบว่า รูปแบบการเขียนสะท้อนตนเองที่มีประสิทธิภาพยังต้องการรูปแบบที่ชัดเจน และส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การสะท้อนตนเองเป็นกิจกรรมเดี่ยว ขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมองของนักศึกษาหรือความเปลี่ยนแปลงภายในตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่านกระบวนการสะท้อนคิด การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่ออธิบายประสบการณ์สร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผ่านรูปแบบการเขียนบันทึกการสะท้อนตนเองที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ร่วมกับการร่วมสะท้อนจากเพื่อนและอาจารย์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้นักศึกษาสามารถมองเห็น เข้าใจ และเกิดการตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นผ่านมุมมองของตนเองและคนรอบข้าง ผลของการสะท้อนคิดไม่เพียงช่วยให้

นักศึกษาพยาบาลตระหนักรู้ในตนเองจนเกิดการพัฒนาศักยภาพทางวิชาชีพแต่ยังสามารถช่วยให้อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

กลุ่มเป้าหมาย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อยู่ระหว่างการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาขารองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิต วลัยลักษณ์พัฒนา อำเภอบ้านคา จังหัดนครศรีธรรมราช จำนวน 12 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติ คือ 1) มีคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองในระดับดีมาก 2) รายงานว่าตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงประสบการณ์จากกระบวนการสะท้อนคิดภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2567

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน

11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาล เกรดเฉลี่ย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว โรคประจำตัว เพื่อนสนิท และแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องการคำปรึกษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตระหนักรู้ในตนเอง มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ถึงอารมณ์ ความคิด ความคาดหวังของตนเอง ด้านการประเมินตนเองตามความเป็นจริง และด้านการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกภายในตนเอง คะแนนรวม 160 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 136 คะแนน หมายถึง ดีมาก 128 - 135 คะแนน หมายถึง ดี และต่ำกว่า 128 คะแนนหมายถึง พอใช้ และ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) นักศึกษาได้สะท้อนคิดในช่วงใดของการฝึกปฏิบัติ และใช้กระบวนการ เครื่องมือ เทคนิค หรือวิธีการใดในการดำเนินการสะท้อนคิด 2) นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร ตอนไหนในกระบวนการสะท้อนคิด 3) นักศึกษารู้สึกอย่างไรต่อกระบวนการสะท้อนคิด 4) นักศึกษามองกระบวนการสะท้อนคิดต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองอย่างไร การตระหนักรู้ในตนเองเกิดขึ้นได้อย่างไร และ 5) นักศึกษาได้เรียนรู้อะไร สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้กับการเรียนวิชาชีพการพยาบาลและการดำเนินชีวิตได้อย่างไร

เครื่องมือการวิจัยทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามกรอบแนวทางวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา¹⁸ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์จากมุมมองของบุคคลที่พบเจอโดยตรงเพื่อให้เข้าใจความหมายที่ซับซ้อนและลึกซึ้ง ค้นหาสาระสำคัญ (Essence) ของประสบการณ์จนเกิดความเข้าใจแก่นแท้ในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่พยายามที่จะอธิบายหรือคาดการณ์เนื่องจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นคนมีความเป็นเอกลักษณ์และมีความเฉพาะตามบริบทของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงอาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชาและทีมผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้วิจัยเตรียมอาจารย์ผู้ร่วมวิจัยในการทบทวนทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินการสะท้อนตนเอง (Self reflection) ฝึกประสบการณ์สะท้อนตนเองก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล และปฐมนิเทศชี้แจงการเขียนสะท้อนตนเองกับนักศึกษาทุกคนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มเป้าหมายที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

การดำเนินการสัมภาษณ์ ทีมผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) ด้วยตนเอง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตบันทึกการสนทนา ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน คนละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างความรู้สึกปลอดภัยด้วยการเชื่อมโยงเชิงบวกกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เริ่มจากคำถามกว้างและลึกครอบคลุมประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมคำถามตามให้ผู้ให้ข้อมูลให้

คำตอบเพื่อช่วยสำรวจข้อมูลที่ไม่คาดคิดมาก่อน และสามารถขยายความบางประเด็นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามได้อย่างอิสระ ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนได้ การสัมภาษณ์ดำเนินการจนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม บันทึกเหตุการณ์สนทนา บันทึกเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi¹⁹ ผ่านขั้นตอน คือ 1) ถอดคำให้สัมภาษณ์ คำต่อคำ บันทึกและทำการอ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ซ้ำหลายๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดโดยไม่ตีความหรือแยกแยะข้อมูลเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง 2) แยกข้อความที่มีความสำคัญหรือที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่กำลังศึกษา ดึงออกมาจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกันจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ 3) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลที่ได้และนำข้อความสำคัญมาแปลงเป็นหน่วยความหมาย โดยตีความจากข้อความที่มีให้เกิดความหมายที่ชัดเจนขึ้น 4) นำความหมายที่บันทึกไว้มาจัดเป็นหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สรุปลักษณะครอบคลุม จัดกลุ่มความหมายของกลุ่มคำเป็นธีม (Theme) หรือหัวข้อหลักที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และประเด็นย่อย (Sub theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกับประเด็นหลักสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ธีมจะถูกใช้ในการสร้างคำอธิบายที่ครอบคลุมประสบการณ์ทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ภาพรวมที่ชัดเจน 5) เขียนคำบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ให้ชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่สะท้อนแก่นแท้ของประสบการณ์ เป็นการสรุปแนวคิดหลักที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และอ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล และ 6) นักวิจัยนำ



ข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่และเรียบเรียงแล้วกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันว่าคำอธิบายนี้สะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงหรือไม่ หากพบความขัดแย้งหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ข้อมูลนั้นจะถูกนำไปปรับปรุงและแก้ไข กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ผู้วิจัยทำการยุติการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)²⁰ ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัย จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยใช้เวลาอยู่ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ทำการสังเกตอย่างต่อเนื่องและสัมภาษณ์เชิงลึกจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ที่มีสภาพแวดล้อมต่างกัน พร้อมสังเกตและบันทึกกระหว่างการสัมภาษณ์อย่างละเอียด ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ร่วมกันโดยนักวิจัย 3 คน เพื่อลดอคติและเพิ่มความเชื่อมั่นในกระบวนการ (Dependability) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กลับไปให้นักศึกษาผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 คน ตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) เพื่อเสริมสร้างความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) พร้อมทั้งบันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ (Confirmability)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์เพื่อสร้างเสริมการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รหัสโครงการ WU-EC-NU-1-224-67 เอกสารรับรองเลขที่ WU-EC-24-214-01 อนุมัติให้ดำเนินการระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน 2567 ถึง 17 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัย (Informed consent) ทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับจากการเข้าร่วม กลุ่มที่สมัครใจได้รับการเซ็นยินยอม แม้ผู้วิจัยจะเป็นอาจารย์ประจำกลุ่ม

ของนักศึกษา กลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อคะแนนหรือการเรียนปกติ ภายหลังการชี้แจง พบว่า มีนักศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 12 คน จากทั้งหมด 28 คนที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ขณะที่นักศึกษาที่เหลือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารและคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น การบันทึกเทปเสียงและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อดำเนินงานวิจัยเสร็จสิ้นในระยะเวลา 3 ปี การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92 เพศชาย ร้อยละ 8 อายุระหว่าง 20 - 21 ปี ทุกคนกำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 และมีความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาลด้วยตนเอง มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 3.00 - 3.50 นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบสนิทสนม รายได้เฉลี่ยครอบครัวเท่ากับ 20,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว มีเพื่อนสนิทและมีแหล่งสนับสนุน

2. ประสบการณ์เสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พบ 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) สัมผัสพลังบวก การเติบโต และเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง 2) เข้าใจตัวเองสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น และ 3) เห็นแนวทางการพัฒนาตนเองในการใช้ชีวิตและการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล

ประเด็นหลักที่ 1 สัมผัสพลังบวก การเติบโต และเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสะท้อนประสบการณ์การสัมผัสพลังบวกที่ส่งผลต่อการเติบโตและเปลี่ยนแปลง

ภายในตนเองจากกระบวนการสะท้อนคิดใน 2 ประเด็นย่อย

1.1 สัมผัสพลังบวก กลุ่มเป้าหมายสะท้อนว่าการได้กลับมาอยู่กับอารมณ์ ความรู้สึก เกี่ยวกับความใส่ใจดูแล ความพยายามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความปรารถนาดี ร่วมกับกระบวนการสะท้อนคิดจากอาจารย์และเพื่อน ช่วยให้เห็นพลังงานด้านบวกภายในตนเอง คือ ความรัก ความชื่นชม ความรู้สึกมีคุณค่า การยอมรับ เกิดเป็นความสุขภายในตนเอง ดังคำกล่าว

“...การสะท้อนคิดช่วยให้หนูได้กลับมาอยู่กับอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกของตัวเอง เห็นความพยายามช่วยเหลือและยอมรับทั้งด้านบวกและลบของผู้ป่วยและครอบครัว การมองเห็นถึงการให้ ช่วยให้อารมณ์ดี สัมผัสได้ถึงความรัก ยอมรับชื่นชมตัวเองจากข้างใน หัวใจพองโต...” (ญ 5)

“...การร่วมสะท้อนคิดจากอาจารย์และเพื่อนๆ ช่วยให้อารมณ์ดีกับสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นภายใน หนูเข้าใจ เหมือนได้ปลดปล่อย กล้ากลับมาอยู่กับความรัก เห็นคุณค่า มั่นใจในตัวเองได้อีกครั้ง ได้รู้ว่าก่อนจะรัก ให้คุณค่าใครสักคน ต้องเริ่มจากให้ตัวเองก่อน (น้ำตาคลอ)...” (ญ 6)

1.2 เกิดการเติบโตและเปลี่ยนแปลงเชิงบวก กลุ่มเป้าหมายทุกคนรับรู้ถึงประสบการณ์เปลี่ยนแปลงเชิงบวกจากการสะท้อนคิดจากตนเอง เพื่อน และอาจารย์ การสะท้อนคิดถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลทั้งการเยี่ยมบ้าน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับประชาชน ช่วยให้เห็นทั้งจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาจนเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลง และเติบโตในเชิงประสบการณ์ ดังคำพูด

“...การทบทวนความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง จากประสบการณ์เยี่ยมบ้าน การทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ ช่วยให้เห็นตัวเองชัดขึ้น เห็นว่าได้ภูเขาน้ำแข็ง

ของตัวเองเป็นยังงี้ เข้าใจความคาดหวังของตัวเอง รู้สึกว่าได้เรียนรู้และเติบโตเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น...” (ญ 1)

“...พอกลับมาอยู่กับตัวเอง ผมมีสติมากขึ้น เข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อนของตัวเอง ไม่เอะอะโวยวาย มองเห็นแต่ความดีของผู้อื่น ตอนนี้ไม่ว่าเกิดอะไรขึ้น ผมจะกลับมามองและเปลี่ยนแปลงที่ตัวเองก่อนเลย มั่นใจ มั่นคง คนใกล้ชิดบอกว่าผมเปลี่ยนไป...” (ช 1)

ประเด็นหลักที่ 2 เข้าใจตัวเองสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น

กลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสะท้อนคิดที่สามารถพัฒนาความเข้าใจตนเองเชื่อมโยงสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่นใน 2 ประเด็นย่อย

2.1 การมองเห็นและเข้าใจตนเอง กลุ่มเป้าหมายสะท้อนว่าการกลับมาองอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และความต้องการ ช่วยให้เกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น เข้าใจว่าตนเองเป็นใคร กำลังทำอะไร เพื่ออะไร เข้าใจที่มาของพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง อีกทั้งการมองเห็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ช่วยสะท้อนกลับให้สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าว

“...การสะท้อนคิดทำให้หนูเข้าใจตัวเองมากขึ้น ได้มองเห็น เข้าใจสิ่งอยู่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็งของตัวเอง ความพยายามเรียนหนักเพื่อเกียรติยศเป็นเพราะหนูอยากให้พ่อแม่มีความสุข ภาควิชาใจนั้นก็เพราะความรัก อยากให้เค้ามีความสุข ได้รู้ว่าสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความกดดันที่แท้ คือ ความรัก...” (ญ 11)

“...วันที่เห็นผู้ป่วยกอดแม่เป็นครั้งแรก น้ำตาไหล นึกย้อนกลับมาที่ตัวเอง หนูไม่เคยแสดงสิ่งนี้เช่นกัน ผู้ป่วยกับแม่ไม่ต่างกับหนูหลังจากวันนั้น หนูเข้าใจความรู้สึกของตัวเองและแม่มากขึ้น ตั้งใจกลับไปใช้ภาษารักกับแม่ก่อนที่จะไม่มีโอกาส (น้ำตาไหล)...” (ญ 4)

2.2 เข้าใจตนเองสู่ความเข้าใจ เห็นใจผู้อื่น
กระบวนการสะท้อนคิดจากประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจพฤติกรรมของตนเองและผู้ป่วย มองเห็นความเป็นมนุษย์ที่เหมือนกันกับตนเอง ไม่ตัดสินคนอื่นจากความคิด ความเชื่อของตนเอง ช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ ดังคำกล่าว

“...หนู ผู้ป่วย ครอบครัว เป็นคนเหมือนกัน ทุกคนต้องการความรัก คุณค่า ความสุข การยอมรับ ไม่แตกต่างกัน ต่างกันแค่ประสบการณ์ และต้นทุนที่สะสมมาต่างกัน...” (ญ 3)

“...ความเข้าใจช่วยให้เรามองและความคาดหวังที่มีต่อตัวเองและคนอื่นเปลี่ยนไป มองคนอื่นด้วยความเข้าใจมากขึ้นว่าเขามีเหตุผลของเขา ทำให้เราไม่ตัดสินใครจากความคิดของเรา...” (ญ 9)

“...การเข้าใจมนุษย์ไม่ต้องสมบูรณ์แบบทุกคนผิดพลาด เช่นเดียวกับหนู ผู้ป่วย และทุกคนตอนสะท้อนคิดถึงเหตุการณ์ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย หนูไม่ชอบสิ่งที่เค้าทำกับคนอื่น เมื่อย้อนคิดทำให้เราเห็นว่า เราเองก็เผลอตัดสินเค้าเช่นกัน ความเข้าใจตนเองช่วยให้เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น...” (ญ 10)

ประเด็นหลักที่ 3 เห็นแนวทางการพัฒนาตนเองในการใช้ชีวิตและการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล

กระบวนการสะท้อนคิดช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมองเห็นแนวทางการพัฒนาตนเองใน 2 ประเด็นย่อย

3.1 เห็นแนวทางการสะท้อนคิดไปใช้พัฒนาชีวิตของตนเอง กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าการสะท้อนคิดเป็นเครื่องมือสำคัญให้เกิดการเรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง เข้าใจเหตุและผลของการกระทำ ตระหนักรู้ถึงตัวตน และความต้องการพัฒนาการดำเนินชีวิต ดังคำกล่าว

“...การสะท้อนคิดช่วยให้หนูรู้จักใช้ชีวิตมากขึ้น เข้าใจอารมณ์ ความคิด การกระทำทั้งที่ดีและไม่ดี ไม่พยายามทำให้ตัวเองสมบูรณ์แบบ ได้รู้ว่าสุขทุกข์ เป็นความรับผิดชอบของตัวเอง แค่อยอมรับ เป็นอิสระ ก็จะช่วยให้พบความสุขได้...” (ญ 2)

“...หนูพบคำตอบที่ติดค้างมานานว่าทำไมพ่อทำแบบนั้น เข้าใจแล้วว่าพ่อทำดีที่สุดเท่าที่เขาสามารถทำได้แล้วในตอนนั้น ความรู้สึกติดค้างในใจมันหายไป พฤติกรรมที่มีต่อพ่อเปลี่ยนไป เข้าใจว่าต่อไปควรทำอะไร และควรใช้ชีวิตอย่างไร...” (ญ 8)

3.2 เห็นแนวทางการสะท้อนคิดไปใช้พัฒนาการเรียนรู้และการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล
กลุ่มเป้าหมายตระหนักว่าการสะท้อนคิดช่วยให้ตนเองมีสติมากขึ้นในขณะปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งการทำงานร่วมกับเพื่อน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยากลำบาก การสะท้อนคิดมีประโยชน์ต่อการเรียนรู้และการเป็นพยาบาลที่มีความสุขมากขึ้น ดังคำกล่าว

“...วันนั้นญาติผู้ป่วยเสียงดังไล่หนู ผู้ป่วยร้องไห้ หนูรู้สึกชื่นชมตัวเองที่ดึงสติกลับมาดูความรู้สึกของตัวเอง ไม่ได้ตอบกลับไป พยายามเข้าใจได้ใจเขาน้ำแข็งของตัวเองและเค้า เข้าใจว่าต่อไปพยาบาลต้องอยู่กับผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งทีมสุขภาพที่มีความกดดันอยู่แล้ว การตระหนักรู้ในตนเองจะช่วยให้หนูผ่านพ้นได้แม้อยู่ในสภาวะที่กดดัน...” (ญ 6)

“...ตอนสะท้อนคิดถึงเหตุการณ์ที่ตัวเองให้การพยาบาลผู้ป่วย ตอนนั้นรู้สึกเพล หลังจากกลับมาทำความเข้าใจความต้องการที่แท้จริง ทำให้เห็นว่าเราเองก็เผลอตัดสินเค้าเช่นกัน เข้าใจว่าการรับฟังคนอื่นมากขึ้น คิดมากขึ้นก่อนพูดมันก็ไม่เสียหายอะไร การตระหนักสิ่งนี้ช่วยให้เรามีความสุขและเรียนรู้ในวิชาชีพมากขึ้น...” (ญ 7)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองจากการสะท้อนคิดเพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกภายในตนเองตลอดระยะเวลาฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

3 สัปดาห์ กระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ (Experiential) ทั้ง 3 ประเด็นหลักอธิบายได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การสัมผัสพลังบวก การเติบโต และการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ประสบการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในกระบวนการสะท้อนคิดผ่านบททบทวนความรู้สึก ความคิด ความคาดหวังของตนเอง ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่รู้สึกสะท้อน (Impact) ภายในตนเอง ร่วมกับการเติมเต็มจากการสะท้อนคิดของอาจารย์และเพื่อน ช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรม ความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริง มองเห็นความพยายามดูแลช่วยเหลือ เอื้ออาทรปรารถนาดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้าน การตระหนักรู้ดังกล่าวช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสัมผัสกับการให้ ความสุข คุณค่า ความสัมพันธ์ เชื่อมโยง เป็นพลังบวกที่นำสู่การเติบโตและเปลี่ยนแปลงภายในตนเองได้ในเชิงประสบการณ์²¹ กระบวนการสะท้อนคิดยังสนับสนุนให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจจิตใจ ศักยภาพ ข้อจำกัด มองเห็นเป้าหมายและสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางบวกได้¹¹ อีกทั้งการวิเคราะห์ตนเองผ่านมุมมองที่ลึกซึ้งทำให้บุคคลมีโอกาสมองทบทวนกระบวนการ ผลลัพธ์ และมุมมองในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเข้าใจมากขึ้น¹⁷ เกิดการสัมผัสถึงความรัก การยอมรับ คุณค่า และความสุขที่อยู่ภายใน เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบวกจนสามารถข้ามผ่านความเจ็บปวด บมคับใจ หรือเรื่องราวยุ่งยากต่างๆ ที่เคยประสบได้²¹ ขณะที่บุคคลสามารถสัมผัสได้ถึงพลังด้านบวกภายในตนเอง บุคคลนั้นจะเกิดการปรับเปลี่ยนตนเองไปสู่ในทิศทางที่ดีขึ้น¹⁰ กล่าวได้อีกอย่างว่าการมีประสบการณ์ตรงด้วยตนเองแล้วเกิดการเรียนรู้ใหม่ นำไปสู่ความเข้าใจใหม่ว่าแท้จริงแล้วตนเองไม่ได้มีแต่ความทุกข์แต่ยังมีพลังด้านบวกที่อยู่ภายใน สอดคล้องกับ Satir ที่มุ่งเน้นการพัฒนา ศักยภาพของมนุษย์โดยให้ความสำคัญกับการเข้าใจตนเองด้านบวก มองจิตใจของมนุษย์ในส่วนของตัวตน (Self) ว่าเป็นจิตวิญญาณ พลังชีวิต แก่นแท้ ความเป็น

ตัวเขาและสิ่งที่ตัวเขาเป็น นั่นคือ บุคคลยังมีพลังบางอย่างซ่อนเร้นอยู่ภายในตัวตนโดยเฉพาะพลังด้านบวกหรือพลังชีวิต²² ซึ่งการสะท้อนคิดจะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ เช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning theory) ที่กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้ใหม่เกิดขึ้นจากการนำประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อการเรียนรู้ใหม่ผ่านการตกผลึกความคิดเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่นำไปต่อยอดความรู้เดิมและปรับใช้ในบริบทอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น²³

ประเด็นที่ 2 เข้าใจตัวเองสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น กลุ่มเป้าหมายสะท้อนให้เห็นว่าความเข้าใจตนเองสามารถนำไปสู่ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) ได้ เนื่องจากการตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิด และความต้องการที่แท้จริงช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจตนเองในแง่มุมต่างๆ ตระหนักรู้ได้ว่าทุกคนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชมีความเป็นมนุษย์ (Humanity) เหมือนกัน เมื่อเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้เข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้องเช่นกันว่ามนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งความเชื่อ ทศนคติ การให้คุณค่า เข้าใจมนุษย (Humanity aspect) จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้อื่น โดยเฉพาะการตระหนักถึงความจริงว่าตนเองไม่ได้สมบูรณ์แบบในเรื่องต่างๆ ผิดพลาดได้ คนอื่นก็เป็นเช่นเดียวกัน สิ่งตามมา คือ การยอมรับ เห็นอกเห็นใจต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลอื่น โดยเฉพาะการยอมรับในด้านที่ไม่ดีตามมุมมองของคนทั่วไป รวมถึงการเห็นคุณค่าในมนุษย์มากขึ้น เข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น พัฒนาเป็นการตระหนักรู้และเข้าใจความคิดและอารมณ์ของผู้อื่น โดยไม่นำตนเองเข้าไปตัดสินและไม่เสียความเป็นตัวเอง (Empathy) ไม่นำความรู้สึกของตนเองไปอยู่ในบริบทของผู้ป่วยจนเกิดความรู้สึกเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง²⁴ ผลที่ตามมาเมื่อนักศึกษามีความเข้าใจผู้อื่น คือ การหาทางและ



ให้การช่วยเหลืออย่างดีที่สุด ก่อเกิดเป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยตามมา ดังการศึกษาที่กล่าวว่า ความตระหนักถึงคุณค่าในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของบุคคลเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง การศรัทธาในความดี การเห็นคุณค่าตนเอง การเข้าใจผู้อื่น การรับรู้และเข้าใจความทุกข์ ซึ่งบุคคลต้องมีการเข้าใจตนเองก่อนเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ความเห็นอกเห็นใจช่วยให้เกิดความรัก เมตตา เกื้อกูล ส่งผลให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี เห็นใจ ให้อภัยผู้อื่น²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย สามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและจัดการตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้การดูแลเกิดประสิทธิภาพและความสุขในการปฏิบัติ²⁶ ทำให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น เป็นทักษะการคิดที่ป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย²⁷

ประเด็นที่ 3 เห็นแนวทางการพัฒนาตนเองในการใช้ชีวิตและการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล
ผลการสะท้อนคิดช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเรียนรู้และมีเครื่องมือพัฒนาการใช้ชีวิตและการอยู่ในวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้เกิดความเข้าใจจิตใจเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดการยอมรับและรับผิดชอบในผลของการปฏิบัติด้วยตนเอง²¹ เมื่อบุคคลเข้าใจจิตใจ จุดแข็ง ข้อจำกัด จะเกิดการยอมรับ กล้าเผชิญความรู้สึกของตนเอง และเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มองเห็นแนวทางการลดความเครียด สร้างความสุขในการดำเนินชีวิต รวมทั้งสามารถนำไปสู่แนวทางการพัฒนาวิชาชีพของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการนำการตระหนักรู้ในตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกจนสามารถควบคุมตนเองได้ รวมทั้งได้รู้จุดเด่นจุดด้อยเพื่อนำไปพัฒนา

ตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล²⁶ รวมทั้งสามารถนำการตระหนักรู้ในตนเองไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีสติและรอบคอบขณะฝึกปฏิบัติงาน²⁴ นอกจากนี้การสะท้อนคิดด้วยตนเองร่วมกับการสะท้อนคิดจากอาจารย์และเพื่อนในเชิงบวกช่วยให้นักศึกษาสามารถบอกเล่าความรู้สึก ความคิดและความต้องการต่างๆ ลดความเครียดและวิตกกังวลขณะฝึกปฏิบัติได้ กระบวนการดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) มองเห็นถึงสิ่งที่ฉันมี (I have) สิ่งที่เป็น (I am) และสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) ในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ในการเผชิญสถานการณ์ที่ท้าทาย²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเขียนบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึก ส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ดีขึ้น¹⁷ การสะท้อนคิดยังช่วยให้มีทักษะการคิดแบบวิจารณ์ญาณ นำสู่การแก้ไขปัญหาและวางแผนให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ²⁹ การสะท้อนคิดจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติพยาบาล ช่วยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมแบบองค์รวมมากขึ้น¹⁷ เนื่องจากกระบวนการสะท้อนคิดช่วยให้นักศึกษาตระหนักรู้ในประสบการณ์ของตนเอง เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง สามารถปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อบุคคลตระหนักรู้ถึงพลังด้านบวกภายในตนเองจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self efficacy)³⁰ เกิดความภาคภูมิใจและสามารถพัฒนาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชที่ต้องพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองอยู่เสมอเนื่องจากต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด นำไปสู่การเรียนรู้และมองเห็นทิศทางพัฒนาตนเองในอนาคตได้อย่างถูกต้อง³¹ สร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่จะก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาล

และสามารถอยู่ในวิชาชีพการพยาบาลด้วยความภาคภูมิใจ ตลอดจนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเองและเกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน³²

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้ ≡

1. สถาบันการศึกษาควรบรรจุเนื้อหาและจัดให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการสะท้อนคิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้อาจารย์พยาบาลได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการสะท้อนคิดผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะด้านการเชื่อมโยงเชิงบวก การฟังอย่างลึกซึ้ง การตั้งคำถามเพื่อสร้างแรงบันดาลใจและการเรียนรู้ในเชิงประสบการณ์
3. อาจารย์ควรสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดเชิงประสบการณ์ให้กับนักศึกษาพยาบาล ให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้วยการให้คะแนนร่วมกับการเสริมพลังเชิงบวก เพื่อพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. Sarakshetrin A, Puttapitukpol S, Sriyasak A. The component of 21st century learning skills among nursing students of Phaboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Journal of Nursing and Education 2020;13(2):29-46. (in Thai).
2. Chaisuwan S, Seetalarom S, Saengwong W. Tranfomation of Thai higher education in student crisis era. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology 2020;6(1):686-702. (in Thai).
3. Joonlarat P. Learning management for students in the Thailand 4.0 era. Veridian E-Journal Silpakorn University 2018;11(2):2363-80. (in Thai).
4. Meuannadon R, Tirapaiwong Y, Srichairattanakul J, Yutthayong A. Learning development through reflection. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):13-25. (in Thai).
5. Heydari S, Beigzadeh A. Medical students' perspectives of reflection for their professional development. BMC Med Educ 2024;24(1):1399.
6. Putri V, Yusuf A, Tristiana R. Analysis of factors related to nursing student self-awareness in doing screening for psychosocial problems. Jurnal NERS 2020;15(2):178-84.

สู่การเปลี่ยนแปลงภายในจนเกิดเป็นความสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสามารถนำกระบวนการสะท้อนคิดไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง

≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป ≡

1. นักวิจัยทางการพยาบาลควรพัฒนางานวิจัยเพื่อติดตามผลการสะท้อนคิดในระยะยาวที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งศึกษาผลการสะท้อนคิดกับตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะสุขภาพจิต ทักษะการจัดการอารมณ์สังคม เพื่อเป็นแนวทางพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อประเมินผลการใช้กระบวนการสะท้อนคิดต่อระดับการตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษา

7. Reljic NM, Pajnikihar M, Fekonja Z. Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Educ Today* 2019;72:61-6.
8. Bjerkvik LK, Hilli Y. Reflective writing in undergraduate clinical nursing education: a literature review. *Nurse Educ Pract* 2019;35:32-41.
9. Sinthucha S, Dejpituksirikul S, Yoksuriyan P. Reflective Practice in Nursing Education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(2):15-23. (in Thai).
10. Hamaideh SH, Abuhammad S, Khait AA, Al-Modallal, Hamdan-Mansour AM, Masadeh R, et al. Levels and predictors of empathy, self-awareness, and perceived stress among nursing students: a cross sectional study. *BMC Nurs* 2024;23(131):1-10.
11. Matshaka L. Self-reflection: a tool to enhance student nurses' authenticity in caring in a clinical setting in South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2021;15:100324.
12. Artioli G, Deiana L, De Vincenzo F, Raucci M, Amaducci G, Bassi MC, et al. Health professionals and students' experiences of reflective writing in learning: a qualitative meta-synthesis. *BMC Med Educ* 2021;21:394.
13. Anderson HE, Toubol AG. Communities of reflection in nurse education programs: a qualitative multi-methods study. *Nurse Educ Today* 2024;140:106293.
14. Sousa ID, Wytenbroek L, Bailey E, Campbell SH. "They bring the topic [of social justice] but stop there": nursing students' perceptions of teaching practices that develop awareness and engagement with social justice. *Nurse Educ Today* 2024;139:106241.
15. Visier-Alfonso ME, Sarabia-Cobo C, Cobo-Cuenca AI, Nieto-Lopez M, Lopez-Honrubia R, Bartolome-Gutierrez R, et al. Stress, mental health, and protective factors in nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today* 2024;139:106258.
16. Heng TJT, Shorey S. Experiences of moral distress in nursing students—a qualitative systematic review. *Nurse Educ Today* 2023;129:105912.
17. Wiangperm S, Sangsai W, Baramée S, Sosueb P. Learning through reflection after nursing practice training for people with mental health problems. *Journal of Health Science* 2020;29(6):1095-102. (in Thai).
18. Thomas SP, Pollio HR. Listening to patients: phenomenological approach to nursing research and practice. New York: Springer Publishing; 2002.
19. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
20. Ahmed SK. The pillars of trustworthiness in qualitative research. *J Med Surg Public Health* 2024;2:100051.
21. Okur S. Satir transformational systemic therapy and spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling* 2020;5(1):45-64.



22. Satir V. The Satir model. California: Science and Behavior Books; 1991.
23. Kolb AY, Kolb DA. Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education. *ELTHE: A Journal for Engaged Educators* 2017;1(1):7-44.
24. Boontham A, Songsawangthum M, Anan K, Chaopipat Y, Boaleung T. Empathy in Bachelor of Nursing Science Students. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2018;35(3):296-303. (in Thai).
25. Wanchaitanawong W, Yottavee W, Chaiwongnakkapun C. Development of awareness in values of life for nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(2):112-27. (in Thai).
26. Naphet O, Palabut K, Laothong K, Hemon K, Mirattanaphrai K, Nipakun K, et al. Self-awareness and recognition benefits of self-awareness of nursing student in private university in Ubon Rachathani Province. *JRIHS* 2018;2(2):60-73. (in Thai).
27. Thongkaew S, Thongsuk P, Thiangchanya P. Patient safety awareness among novice nurses working in general hospitals in southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Publish Health* 2018;5(1):62-73. (in Thai).
28. Ventura CJR, Santos A, Mendoza PRE, Bartolome EJ, Estrella EA, Estrella EDA. Association between self-reflection and resilience among college students. *International Journal of Social Science and Humanities Research* 2019;7(3):84-8.
29. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Choopun K, Chomchan, Boonlue N. Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. *Nursing Journal* 2019;46(1):87-101. (in Thai).
30. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
31. Khumtorn L, Suppasri J, Akarasuwankun T. Nursing care of persons with psychiatric problems: the development of a practicum course to promote reflection skills among nursing students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):15-27. (in Thai).
32. Wisanskoonwong P, Sukjaem J, Ruenprot W. Learning antenatal care through reflective thinking: a qualitative case study on nursing students skills and perceptions. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(1):234-49. (in Thai).

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย: ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือ ของประเทศไทย

The Empowerment Process of Caregivers in Promoting Early Childhood Development: A Community in a Northern Province of Thailand

พิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์* กุลนรา มณีคันธวังษ์** เกศมณี มูลปานันท์* ศลิษา โกดีย์* ณฐมน วุฒิพันธุ์*
Pimkanabhon Trakooltorwong,* Kunnara Maneekunwong,* Katemanee Moonpanane,* Salisa Kodyee,*
Nathamon Wuttipan*

* สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย

* School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province

** Corresponding Author: kunnara.man@mfu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เป็นปู่ย่าตายาย จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็ก พบว่า 1) ด้านการตระหนักรู้สถานการณ์ ผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กมีเหตุผลหลากหลาย ส่วนใหญ่รู้สึกไม่พร้อมที่จะรับภาระในการดูแล แต่ทำเพราะไม่มีทางเลือก และมีความรักและความผูกพันกับเด็ก ส่วนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้ดูแลบางคนไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็ก 2) ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงบทบาทของตนในการประเมินพัฒนาการเด็ก โดยมองว่าหน้าที่นี้เป็นของบุคลากรทางการแพทย์หรือครู อีกทั้งผู้ดูแลหลายคนยังขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และมักจะพึ่งพาผู้อื่นในการประเมินพัฒนาการ 3) ด้านการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ผู้ดูแลบางรายพยายามเรียนรู้จากผู้อื่นหรือขอให้เจ้าหน้าที่มาอบรมเพิ่มเติม และต้องการให้มีสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นต้องอาศัยการเพิ่มพูนความรู้และการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครอบครัวข้ามรุ่น พัฒนาการเด็กปฐมวัย สังคมไทย

Received: February 25, 2025; Revised: May 5, 2025; Accepted: May 13, 2025

Abstract

This study aimed to analyze the empowerment process of caregivers in promoting early childhood development, focusing on a case study of a community in a northern province of Thailand. The research employed a descriptive qualitative methodology, using in-depth interviews with 20 elderly caregivers of early childhood children who were purposively selected based on criteria relevant to the study. Qualitative data were analyzed using content analysis. The findings regarding the empowerment process of caregivers revealed four main aspects: (1) Awareness of the situation—Elderly caregivers had diverse reasons for taking on the caregiving role. Most felt unprepared for the responsibility but accepted it due to a lack of alternatives, love, and emotional attachment to the children. In terms of promoting child development, some caregivers did not fully understand the importance of developmental assessments; (2) Critical reflection—Most caregivers were unaware of their role in assessing child development, often believing this responsibility belonged to medical professionals or teachers. Many lacked confidence in their abilities to support child development and relied heavily on others for developmental assessments; (3) Decision-Making on practical approaches—Some caregivers made efforts to learn from others or requested training from professionals. They expressed a need for educational materials that are easy to understand to support their caregiving role; and (4) Maintaining effective practices—This was achievable only when caregivers received appropriate support. The study highlighted that the empowerment process for caregivers in intergenerational families required both knowledge enhancement and external support. These elements were essential to build caregivers' confidence and enable them to effectively promote early childhood development.

Keywords: empowerment, intergenerational families, early childhood development, Thai society

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สมองของมนุษย์มีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็ว เด็กเป็นกลุ่มคนในอนาคตที่จะกลายเป็นทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของประเทศชาติ การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กจึงมีความสำคัญเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน¹ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้พ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของบุตรหลาน โดยใช้

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)² อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง แต่จากการสำรวจพัฒนาการเด็กของเด็กรไทยทั่วประเทศของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2560 - 2563 โดยใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการ พบว่า เด็กไทยยังมีพัฒนาการสงสัย (เข้าข่าย) ลำช้า เพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2560, 2561, 2562 และ 2563 เด็กมีพัฒนาการสงสัยลำช้า คิดเป็นร้อยละ 13.3, 17.7, 22.9 และ 26.7 ตามลำดับ³ และในปี พ.ศ. 2566 ถึงแม้ว่าร้อยละของเด็กที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้าจะลดลงเป็นร้อยละ 22.5⁴ แต่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในอนาคตหลายด้าน เช่น ทักษะการใช้ภาษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม การสื่อสาร การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การปรับตัว การเรียนรู้ การคิด การแก้ปัญหา เป็นต้น ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข⁵

จากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า กระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวไทย ทำให้คนวัยทำงาน คือ พ่อแม่ของเด็กต้องออกไปทำงานต่างถิ่น (การย้ายถิ่น) ส่งผลให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของปู่ย่าตายายที่อยู่ต่างจังหวัดหรืออยู่กันคนละบ้านทางประชากรศาสตร์เรียกลักษณะครอบครัวที่มีเพียงผู้สูงอายุและเด็กอยู่แค่สองรุ่นว่า “ครอบครัวข้ามรุ่น” หรือ “ครอบครัวแหวกกลาง” ซึ่งครอบครัวในลักษณะนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน⁶ ส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยที่ต้องการการดูแลและการเรียนรู้จากทั้งครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กที่อยู่ในครอบครัวประเภทนี้มักจะได้รับ การดูแลจากปู่ย่าตายาย ซึ่งมีความแตกต่างจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่โดยตรง จากข้อมูลการสำรวจเด็กอายุ 0 - 5 ปี (ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า) จำนวน 35,475 คน พบว่า 31,239 คน คิดเป็นร้อยละ 88.06 เป็นเด็กที่อาศัยกับปู่ย่าตายาย³

จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นและจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้จัดโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้ดูแลเด็กในพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล 3 แห่งในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพื้นที่ภาคเหนือ ที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ สันคมมีลักษณะเครือญาติ การเข้าถึงการศึกษา ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากกระยะทางและโอกาส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา โดยดำเนินการอบรมเป็นประจำปีละ 2 ครั้ง มีเป้าหมายในการเสริมสร้างความรู้

และพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้เข้าร่วมอบรมมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 100 คน ในตำบลที่เป็นกลุ่มศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นปู่ย่าตายายถึงร้อยละ 80 จากผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าโครงสร้างของครอบครัวในพื้นที่ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยเกิดปรากฏการณ์ครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่พ่อแม่และแม่ของเด็กต้องไปทำงานนอกบ้านหรือทำงานต่างถิ่น ทำให้ปู่ย่าตายายต้องเข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลเด็กแทนการที่ปู่ย่าตายายเข้ามาดูแลเด็กแทนพ่อแม่ ทำให้การดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่เป็นไปตามประสบการณ์หรือความรู้เดิมที่มีอยู่ในอดีต¹ ภายใต้บริบทของครอบครัวข้ามรุ่นดังกล่าว ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าสำหรับบทบาทนี้ และมักอาศัยประสบการณ์การเลี้ยงดูแบบดั้งเดิมหรือความรู้ที่ได้รับจากอดีตมาใช้ในการดูแลเด็กในยุคปัจจุบัน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เน้นองค์ความรู้ใหม่ตามหลักวิชาการ³ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็กอาจประสบปัญหาในการปรับตัวเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือความเครียดที่เกิดจากภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ความเครียดเหล่านี้อาจสะสมจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกาย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ความกังวลต่อการปรับตัวกับบทบาทใหม่ ที่ต้องรับผิดชอบการเลี้ยงดูเด็ก ความท้าทายเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความมั่นใจในการดูแลเด็ก⁷ การวิเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้มีพลังอำนาจในตนเอง (Self-empowerment) ซึ่งหมายถึงความสามารถที่บุคคลมีในการควบคุมและตัดสินใจ ต่อเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมของตนเองได้อย่างอิสระ จึงเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็ก

ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลในสถาน
สงเคราะห์ หรือศูนย์พัฒนาเด็ก ให้เกิดความมั่นใจ
มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็ก
อย่างเหมาะสมและปลอดภัย⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเรื่อง
“กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลใน
การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: ชุมชนแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย” โดยประยุกต์
ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson
(Gibson’s empowerment model) ในการวิจัย โดย
แนวคิดนี้เน้นการมองพลังอำนาจในแง่ของความสามารถ
ของบุคคลในการควบคุมและกำหนดการกระทำของ
ตนเองในสภาพแวดล้อม โดยพลังอำนาจเป็นสิ่งที่
สามารถเสริมสร้างและเพิ่มพูนได้โดยการให้ความรู้
และการฝึกฝน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การ
ตระหนักรู้สถานการณ์ 2) การสะท้อนคิดอย่างมี
วิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ
และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ^{9,10}
โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจในกระบวนการเสริมสร้าง
ความมั่นคงและความสามารถของผู้นำตายายในการ
ดูแลเด็กในยุคปัจจุบัน ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกใน
ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลเด็ก รวมทั้งการวิเคราะห์
วิธีการและแนวทางที่ผู้ดูแลนำมาใช้ในการส่งเสริม
พัฒนาการของเด็ก ปัญหาหรืออุปสรรคที่ผู้ดูแล
ต้องเผชิญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นของเด็ก
เพื่อนำไปสู่การพัฒนาผู้ดูแลในรูปแบบที่เหมาะสม
สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทรัพยากรในชุมชน และวัฒนธรรม
ท้องถิ่น เกิดการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพ
ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับนโยบาย
ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติในการส่งเสริมการเล่นเด็ก เฝ้าระวัง
และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570)
ที่มุ่งหวังให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการ
ดูแลพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม¹¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ชุมชน
แห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย
โดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้าง
พลังอำนาจของ Gibson ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยม
อย่างแพร่หลายในแวดวงการพยาบาลและการส่งเสริม
สุขภาพ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้าง
ศักยภาพภายในของบุคคลในการตัดสินใจและ
ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและมั่นคง โดยเฉพาะใน
กลุ่มประชากรที่ต้องรับภาระดูแลผู้อื่น เช่น ผู้ดูแลเด็ก
ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น กรอบแนวคิด
ของ Gibson มีจุดเด่นตรงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้
เพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์
และการปรับพฤติกรรมให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งยังไม่เคย
มีการนำมาประยุกต์ใช้และประเมินผลอย่างเป็น
ระบบในบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชนที่
ทำการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์กระบวนการ
เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
ของประเทศไทย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก
ได้แก่ 1) การตระหนักรู้สถานการณ์ เป็นการสะท้อนถึง
ความเข้าใจของผู้ดูแลต่อสภาพชีวิตจริง ปัญหา
ความท้าทาย และบริบทของการดูแลเด็กที่ตนเผชิญอยู่
ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลง 2) การ
สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกระบวนการที่
ผู้ดูแลใช้เพื่อทบทวนวิธีคิด ความเชื่อ ประสพการณ์
และวิธีการที่ใช้ในการดูแลเด็ก รวมทั้งวิเคราะห์
ผลกระทบของการตัดสินใจนั้นๆ 3) การตัดสินใจ
เลือกแนวทางปฏิบัติ เป็นการประเมินและเลือกแนวทาง
การปฏิบัติที่เหมาะสมตามสถานการณ์จริง รวมทั้งทดลอง

ใช้วิธีการใหม่ๆ ที่อาจมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมหรือวิธีการใดที่ส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็ก และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการประเมินตนเองและการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน ซึ่งการวิเคราะห์กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กที่มีความเหมาะสมและยั่งยืนในบริบทจริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ศึกษาเป็นกลุ่มครอบครัวข้ามรุ่นที่ดูแลเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ดูแลเด็กเป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งมากกว่าพื้นที่อื่น

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยไม่เน้นการสรุปอธิบายในเชิงตัวเลขหรือการหาค่าทางสถิติ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างมีเป้าหมาย และควบคุมคุณภาพของการวิจัยอย่างเป็นระบบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การใช้กรอบแนวคิดที่ชัดเจน วิธีการเก็บข้อมูลที่ตรงประเด็น และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

โดยพิจารณาจากคุณสมบัติที่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้กำหนดตายตัวล่วงหน้า แต่กำหนดตามแนวทางของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) เป็นเกณฑ์สำคัญ¹² กล่าวคือ เมื่อข้อมูลที่ได้รับเริ่มมีความซ้ำซ้อน ไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครบถ้วน จึงหยุดการเก็บข้อมูล โดยในกระบวนการนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด จำนวน 20 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้รับมีความหลากหลายเพียงพอและครอบคลุมประเด็นการศึกษาอย่างสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นครอบครัวข้ามรุ่น (เช่น ปู่/ย่า/ตา/ยาย) โดยในกรณีที่ครอบครัวมีปู่/ย่า/ตา/ยายหลายคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลหลักจะเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลหลักต้องดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง และมีประสบการณ์การดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 1 ปี และใช้เวลาในการดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งรวมถึงการดูแลในด้านต่างๆ เช่น การให้อาหาร การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาการ
2. เป็นผู้ดูแลเด็กในช่วงอายุแรกเกิดถึง 6 ปี และในกรณีที่มีเด็กหลายคนในบ้าน พิจารณาให้ผู้ให้ข้อมูลจากเด็กที่อายุน้อยที่สุด
3. ผู้ดูแลมีอายุไม่เกิน 75 ปี เพื่อให้อย่างสามารถสื่อสารได้ชัดเจน ไม่มีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่กระทบต่อการสื่อสาร
4. เป็นผู้ที่สมัครใจ และยินดีให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยความเต็มใจ
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถให้สัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลครบตามที่นัดหมายไว้
2. เด็กที่อยู่ในความดูแลมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อพัฒนาการ และผลการประเมินพัฒนาการล่าช้า/มีโอกาasl่าช้า

เกณฑ์การยุติการศึกษาครั้งนี้ (Discontinuation criteria) ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลบอกเลิกยุติการสัมภาษณ์ระหว่างการวิจัย
2. ผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson⁹ เป็นกรอบในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ แนวคำถามถูกกลั่นกรองและทดลองใช้เพื่อประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับสามารถสะท้อนองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดได้อย่างครบถ้วน และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างเป็นระบบ ใช้บุคลากร คือ ผู้สัมภาษณ์และผู้ช่วยสัมภาษณ์ มีเครื่องมือที่ใช้ร่วมกัน คือ เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม ใช้ในการสังเกตและบันทึกรายละเอียดในการสัมภาษณ์ ได้แก่ วัน เวลา สถานที่ สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ น้ำเสียง สิ่งแวดล้อม บรรยากาศในการสัมภาษณ์ และปัญหา/สถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์ รวมถึงการแก้ไขปัญหา/สถานการณ์ ตัวอย่าง “สีหน้าและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างไร” “มีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นที่กระทบต่อกระบวนการสัมภาษณ์หรือไม่ เช่น มีเสียงดัง เด็กเข้ามารบกวน เป็นต้น”

แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาการดูแล จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแล ภาวะสุขภาพของเด็ก และระดับของพัฒนาการเด็ก **ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามปลายเปิดที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญ ในการสร้างพลังอำนาจจากการตัดสินใจและการปฏิบัติในชีวิตจริง จำนวน 24 ข้อ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การตระหนักรู้สถานการณ์

ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 5 ข้อ คำถามในขั้นตอนนี้เน้นการให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงสภาพการณ์ที่เผชิญในชีวิตจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทของผู้ดูแลเด็ก ตัวอย่างคำถาม “ท่านรู้สึกอย่างไรที่ต้องรับภาระหลักในการเลี้ยงหลาน” “ท่านเคยได้ยินเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาก่อนหรือไม่”

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี

วิจารณ์ญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 4 ข้อ คำถามจะเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงวิธีคิดและกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็ก รวมถึงการพิจารณาเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ตัวอย่างคำถาม “ท่านคิดว่าการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นหน้าที่หรือบทบาทของใคร” “ท่านเคยได้ยินเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาก่อนหรือไม่”

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทาง

ปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 9 ข้อ คำถามในขั้นตอนนี้จะสำรวจการลงมือปฏิบัติจริง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายการเลือกวิธีการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก ตัวอย่างคำถาม “ท่านเคยประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ท่านดูแลหรือไม่” “ท่านคิดว่าการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีความจำเป็นหรือไม่ อย่างไร”



ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 6 ข้อ คำถามในขั้นตอนนี้จะพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาวิธีการปฏิบัติและความต่อเนื่องในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้การปฏิบัติยังคงมีประสิทธิภาพในระยะยาว ตัวอย่างคำถาม “ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก” “ท่านคิดว่าวิธีการใดที่จะช่วยส่งเสริมให้ท่านพัฒนาความสามารถในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก”

กระบวนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนสัมภาษณ์

1.1 ผู้วิจัย ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นทั้งเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ดังนั้นจึงต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานจากการศึกษาในระดับที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัย รวมถึงได้เข้าร่วมการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ควรมีประสบการณ์ในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยที่ใช้แนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนมีผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้พัฒนาทักษะในการสร้างและใช้เครื่องมือวิจัย อาทิ การออกแบบแนวคำถามสัมภาษณ์ การทดสอบเครื่องมือก่อนใช้งาน และการฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์จริงเพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูล อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยปฏิบัติตามแนวทางการคุ้มครองข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.2 ผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยก่อนการลงพื้นที่ โดยจัดประชุม

ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการใช้แบบสัมภาษณ์ และแนวทางการสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงฝึกการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักให้การอนุญาต มีความสะดวก และไม่เป็นการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผ่านการติดต่อนัดหมายจากคุณครูประจำชั้นของเด็ก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ การถอนตัวโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล รวมถึงการจดบันทึกข้อมูล และการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ และผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ พร้อมกับมีพยานลงนาม

2. ขั้นตอนขณะสัมภาษณ์

กระบวนการสัมภาษณ์เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างความรู้สึกปลอดภัยและสบายใจให้ผู้ให้ข้อมูล ด้วยการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา กระบวนการสัมภาษณ์ การรับประกันความลับและสิทธิในการถอนตัว การสัมภาษณ์จะดำเนินการในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและรู้สึกปลอดภัย เช่น ที่บ้านหรือสถานที่ที่สงบ หากมีเด็กอยู่ด้วย ผู้วิจัยเตรียมของเล่นหรือหนังสือนิทาน เพื่อให้เด็กมีสิ่งที่น่าสนใจระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อไม่ให้กระทบต่อสมาธิของผู้ให้ข้อมูล และรักษาบรรยากาศการสัมภาษณ์ให้สงบและเป็นกันเอง เริ่มถามคำถามที่ง่ายและไม่ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายและสามารถตอบคำถามได้ดีขึ้น การสัมภาษณ์ดำเนินด้วยแนวคำถามแบบเปิด (Open-ended questions) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองได้อย่างเป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection)

และการตั้งคำถามปลายเปิดเสริมเพิ่มเติม (Probing) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลขยายความและเจาะลึกประเด็นสำคัญ จากนั้นค่อยๆ ต่อเนื่องไปยังคำถามที่ซับซ้อนและเจาะลึกขึ้น การสัมภาษณ์จะทำแบบรายบุคคลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และเปิดเผยประสบการณ์ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เป็นคำพูด เช่น สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง เพื่อใช้ประกอบการตีความข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลให้การอนุญาต ผู้วิจัยจะบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อความถูกต้องและครบถ้วน หากผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาต ผู้วิจัยจะจดบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด โดยหากคำถามใดที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตอบได้ ผู้วิจัยจะข้ามไปยังคำถามถัดไปจนกว่าจะครบทุกข้อ ระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอธิบายซ้ำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หรือยกตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจน หากมีสถานการณ์ที่ทำให้การสัมภาษณ์ไม่ต่อเนื่อง เช่น มีเสียงรบกวน ผู้วิจัยจะหยุดบันทึกชั่วคราว และพูดคุยผ่อนคลายเพื่อรอจังหวะที่เหมาะสม จากนั้นจึงกลับเข้าสู่บทสนทนาเดิมอย่างเป็นธรรมชาติ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่เร่งรัดผู้ให้ข้อมูลแต่จะยึดหลักความสมัครใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทบทวนประเด็นหลักที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และถามเสริมว่า “คุณ...มีข้อมูลเพิ่มเติมอีกหรือไม่” เมื่อข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วน และผู้ให้ข้อมูลไม่มีข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะกล่าวคำว่า “ขอบคุณ” พร้อมอธิบายว่าข้อมูลจะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยตัวตน

3. ขั้นตอนหลังการสัมภาษณ์

ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบทันที เพื่อทวนความและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยให้ข้อมูลที่รับมีความ

น่าเชื่อถือและแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับการรักษาความน่าเชื่อถือของการวิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาหลายแห่ง (Triangulation) เพื่อเพิ่มความหลากหลายในการมองข้อมูลและลดอคติในการตีความ รวมถึงการให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลว่า กระบวนการและผลการวิจัย จะได้รับการจัดการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด มีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของข้อมูล โดยมีขั้นตอนภายหลังการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

3.1 ถอดคำ และตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น

ดังนี้

1) ฟังบันทึกเสียงและถอดคำพูด

แบบคำต่อคำ

- ผู้วิจัยฟังบันทึกเสียงการสัมภาษณ์อย่างละเอียด และถอดคำพูดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ

- บันทึกทุกคำพูด รวมถึงคำที่ไม่สมบูรณ์ เช่น การเว้นวรรค การหยุดคิด หรือเสียงหัวเราะ เพื่อสะท้อนบริบทของบทสนทนา

- ระบุนวัตกรรมที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูล เช่น น้ำเสียง การเน้นคำ หรืออารมณ์ที่แสดงออก

2) ตรวจสอบความถูกต้องของการถอดข้อมูล

- อ่านทบทวนข้อมูลที่ถอดมา และเปรียบเทียบกับไฟล์เสียงเพื่อแก้ไขข้อผิดพลาด

- ฟังซ้ำหลายครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่บันทึกมามีความถูกต้องครบถ้วน

3.2 ทำความเข้าใจข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

1) อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบ

- อ่านข้อมูลที่ถอดออกมาอย่างละเอียดหลายรอบเพื่อให้คุ้นเคยกับเนื้อหา

- จดบันทึกข้อสังเกตเกี่ยวกับเนื้อหาที่อาจเกี่ยวข้องกับประเด็นวิจัย



2) บันทึกแนวคิดเบื้องต้น

- ระหว่างการอ่านข้อมูล อาจมีแนวคิดหรือข้อสังเกตบางอย่างเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงบันทึกไว้เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ภายหลัง

- บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เช่น คำพูดที่น่าสนใจ หรือลักษณะของภาษาที่ใช้

3.3 แยกและจัดกลุ่มข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

1) กำหนดรหัสข้อมูล

- ทำการแยกข้อความที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา

- กำหนดโค้ดให้กับข้อมูลที่คล้ายกัน

2) จัดกลุ่มข้อความที่คล้ายกัน

- นำโค้ดที่ได้มาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่เกี่ยวข้องกัน

3.4 ตีความข้อมูลและสร้างความหมาย ดังนี้

1) เชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับประเด็นการวิจัย โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้สะท้อนแนวคิดที่กำลังศึกษาอย่างไร

2) วิเคราะห์เชิงตีความ

- พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ที่ได้ และเชื่อมโยงเข้ากับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- ระบุประเด็นหลักที่เกิดขึ้นจากข้อมูล และอธิบายความหมายของข้อมูลที่ได้รับ

3.5 สรุปผล และบรรยายปรากฏการณ์ ดังนี้

1) นำเสนอข้อมูลเชิงลึก

- นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาบรรยายในรูปแบบที่ชัดเจนและละเอียด

- ใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล (quotes) ประกอบการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนข้อค้นพบ

2) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนำข้อสรุปกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และขอความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัยเพื่อให้แน่ใจว่าการวิเคราะห์มีความเป็นกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน และครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.80 นำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบสัมภาษณ์ฯ ที่สมบูรณ์ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเริ่มต้นหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากองค์การบริหารส่วนตำบลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 20 คน อย่างไรก็ตามระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูลเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การลงพื้นที่ต้องหยุดชะงักชั่วคราวตามมาตรการควบคุมโรคของรัฐ เมื่อสถานการณ์เริ่มคลี่คลายและสามารถกลับเข้าพื้นที่ได้อย่างปลอดภัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลต่อ โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด การสัมภาษณ์ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 1 - 2 ชั่วโมงต่อราย ขึ้นอยู่กับความสะดวกและสภาพแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการ ผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมืออย่างดี และไม่มีผู้ใดถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ 21/2564 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2564 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อปกป้องสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะการเข้าร่วม ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิทธิของผู้เข้าร่วมในการถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล และไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมในภายหลัง พร้อมขอความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อกำหนดความเป็นส่วนตัว ข้อมูลของผู้เข้าร่วมจะไม่เปิดเผยชื่อ ใช้รหัสแทนข้อมูลจริง และจัดเก็บอย่างปลอดภัยในระบบที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่นำเสนอจะไม่มีรายละเอียดที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการโดยไม่แสวงหาผลประโยชน์อื่นใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แบบสามเส้า (Data triangulation)¹³ ดังนี้

2.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ถูกถอดความและวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดกลุ่มประเด็นตามกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษา ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำเพื่อจับสาระสำคัญและสรุปประเด็นหลักอย่างเป็นระบบ พร้อมปรึกษาผู้ช่วยวิจัยเพื่อยืนยันความสอดคล้องของการตีความ

2.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลร่วมกันระหว่างนักวิจัย 2 คน และนำข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบเพื่อยืนยันความ

ถูกต้อง หากพบความเห็นไม่ตรงกันในบางประเด็น ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายร่วมกันเพื่อพิจารณาหลักฐาน และข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจะใช้กระบวนการเจรจาและการทบทวนข้อมูลอย่างรอบคอบจนสามารถตกลงกันได้ ในที่สุด เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำสูงสุด

2.3 การตรวจสอบด้านทฤษฎี โดยการตรวจสอบว่าหากผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างไปจากเดิม จะให้การตีความของข้อมูลที่แตกต่างกัน มากน้อยเพียงใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และเพศหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ช่วงอายุของผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 61 - 70 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นย่าหรือยาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 อาชีพอยู่ในภาคเกษตรกรรม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท มีจำนวนเท่ากัน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ต่อกลุ่ม จำนวนเด็กที่อยู่ในการดูแลส่วนมากเลี้ยงเด็ก 1 คน จำนวน 10 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาในการเลี้ยงดูอยู่ที่ 4 ปี จำนวน 9 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 45

2. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล จะนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

2.1 การตระหนักรู้สถานการณ์

2.1.1 สาเหตุที่ต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับหน้าที่เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ พ่อแม่แยกทางกัน (คนที่ 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 19) พ่อแม่ต้อง

ไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ (คนที่ 1, 2, 3, 9, 13, 16, 17, 18) แม่ของเด็กเสียชีวิต (คนที่ 20) และพ่อแม่แต่งงานใหม่ (คนที่ 4, 7, 8, 19) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังรับภาระนี้ตั้งแต่เด็กยังเล็ก โดยบางคนต้องเริ่มดูแลตั้งแต่เด็กอายุเพียงไม่กี่เดือน ดังตัวอย่าง

“เลี้ยงกันมาตั้งแต่ 3 เดือน
แม่อายุแค่ 19 ปี” (คนที่ 3)

“ดูแลหลานตั้งแต่อายุ 10 เดือน
แม่ต้องไปทำงานกรุงเทพฯ” (คนที่ 1)

“มี 2 คน เลี้ยงตั้งแต่อายุ 6
เดือน” (คนที่ 11)

2.1.2 ความรู้สึกที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ จำนวน 14 คน ไม่พร้อมรับภาระ แต่ต้องทำเพราะไม่มีทางเลือก บางคนรู้สึกเครียด เหนื่อย แต่มีความรักและความผูกพันกับเด็ก มีผู้ดูแลเพียง 6 คนที่รู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมในการดูแลเด็ก ดังตัวอย่าง

“...ก็ไม่พร้อมนะ แต่จะทำ
ยังไง มันจำเป็น ไม่พร้อมก็ต้องทำ...มันไม่ไหวก็
ต้องไหว...เห็นหลานก็อดสงสารไม่ได้...เหนื่อย...”
(คนที่ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 18, 19, 20)

“พร้อมนะที่จะเลี้ยงดู” (คนที่
6, 7, 11, 14, 15, 17)

2.1.3 รูปแบบและกิจกรรมในการเลี้ยงดูเด็ก

ผู้ดูแลทุกคนให้ความใส่ใจในการดูแลเด็กตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ตัวอย่าง

“ตั้งแต่ตื่นมาก็ให้เด็กล้างหน้า
แปรงฟัน แต่งตัวให้ ให้กินนม ยายเป็นคนทำอาหาร
ให้เด็กรับประทาน เวลากินข้าวก็ให้ดูโทรทัศน์ไปด้วย
แล้วค่อยไปส่งไปโรงเรียน กลับมาจากโรงเรียนให้
เด็กดูโทรทัศน์” (คนที่ 3)

“ดูทุกอย่าง เหมือนเลี้ยงลูก
นั่นแหละ” (คนที่ 20)

2.1.4 การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจหรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็ก มีบางรายที่ได้รับสมุดประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ไม่ได้ใช้เพราะอ่านหนังสือไม่ออก หรือไม่มีเวลา และถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น การอ่านนิทาน การเล่นของเล่น เป็นต้น แต่ผู้ดูแลไม่ทราบว่าการปฏิบัติดังกล่าว คือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังตัวอย่าง

“เคยได้ยินอยู่คำว่าพัฒนาการ
แต่ไม่เข้าใจว่า คือ อะไร” (คนที่ 7)

“ซื้อโปสเตอร์ ก-ฮ ABC ให้
สมุดระบายสี...แต่ไม่รู้ว่าจะทำ คือ การส่งเสริม” (คนที่ 18)

“ไม่เคยได้ยิน ไม่รู้จักว่า
พัฒนาการ คือ อะไร แต่หลานชอบฟังนิทาน” (คนที่ 9)

2.2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ผู้ดูแลหลักไม่ได้ตระหนักถึงบทบาทของตนในการประเมินพัฒนาการเด็ก มีความเชื่อว่าหน้าที่นี้เป็นของบุคลากรทางการแพทย์ ครู หรืออาสาสมัคร หลายคนเลือกที่จะไม่ทำการประเมินเอง เพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ของคนอื่น ดังตัวอย่าง

“ใครก็ได้ หมอก็ได้ ให้ครูช่วยส่งเสริม
เพราะมีความรู้” (คนที่ 12)

“ไม่เคยทำ เพราะไม่มีใครสอน ไม่มี
เวลาทำ ให้หมอ ครู พยาบาลทำเถอะ” (คนที่ 3)

“มีหนังสือเล่มหนึ่ง หมอให้มา แต่
ไม่ได้ใช้ ไม่มีเวลาประเมินหรอก” (คนที่ 11)

2.3 การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ

ผู้ดูแลหลักบางรายพยายามเรียนรู้จากผู้อื่น หรือขอให้เจ้าหน้าที่มาอบรมเพิ่มเติม และต้องการให้มีสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น ภาพประกอบ หรือแจกจ่ายข้อมูลในชุมชน เป็นต้น ดังตัวอย่าง

“พยายามหัดทำ ถามจากคนที่เขารู้
ให้เขาสอน” (คนที่ 2)

“มีปัญหาตรงที่เราไม่เข้าใจสมุดเล่มยาวๆ ก็ต้องให้คนที่เขารู้สอนเพิ่ม มาอบรมให้” (คนที่ 10)

“ให้หมออนามัยมาอบรมให้ความรู้ในหมู่บ้านเดือนละครั้ง” (คนที่ 19)

2.4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

2.4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผู้ดูแลมีระดับความมั่นใจในการเลี้ยงดูเด็กที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วนของ การส่งเสริมและประเมินพัฒนาการเด็ก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะมีแนวโน้มปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ที่ขาดความมั่นใจ มักลังเลและไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพดังตัวอย่างของกลุ่มที่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูแต่ไม่มั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการ

“ดูแลหลานก็มั่นใจ เพราะเราก็เลี้ยงพ่อเขามาแล้ว แต่ส่งเสริมพัฒนาการไม่มั่นใจ เพราะไม่มีความรู้” (คนที่ 1)

“มั่นใจว่าเลี้ยงหลานได้ ให้เขาเป็นคนดีได้ แต่ไม่มั่นใจเรื่องประเมิน เพราะหมอสอนแล้วเราไม่จำ” (คนที่ 13)

ส่วนกลุ่มที่มีความมั่นใจเมื่อได้รับการสนับสนุนจากแหล่งความรู้กล่าวว่า

“มั่นใจ เวลาที่ให้หลานทำอะไรแล้วทำได้ก็รู้สึกดี แต่ถ้าทำไม่ได้ก็ไม่ไร แต่พัฒนาการไม่มั่นใจ เพราะแก่แล้ว หมอก็สอนนะ ตอนพาหลานไปฉีดวัคซีน” (คนที่ 5)

2.4.2 การรับรู้ความหมายของบทบาท

ผู้ดูแลรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในการดูแลเด็กให้เติบโตเป็นคนดี แต่ยังไม่สามารถขยายบทบาทไปสู่การส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดความรู้และแนวทางที่ชัดเจน ดังตัวอย่าง

“มั่นใจนะ เพราะเลี้ยงหลานก็มั่นใจว่าเขาจะโตเป็นคนดี เพราะตามประสบการณ์ของเราเลี้ยงลูกมาลูกก็ดี แต่ถ้าให้ประเมินพัฒนาการให้ส่งเสริมก็ไม่ค่อยมั่นใจนะ” (คนที่ 7)

“เวลาสอนให้เขาทำอะไรเขาทำได้ เราก็คือใจนะ กลัวเขาจะไม่เก่ง เรียนไม่ทันเพื่อน แต่ถ้าให้ประเมินพัฒนาการเอง ไม่มั่นใจ ทำไม่ได้” (คนที่ 12)

2.4.3 การรับรู้ถึงการควบคุมสถานการณ์

ผู้ดูแลที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะสามารถพัฒนาพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจในการควบคุมหรือขาดการสนับสนุนจากแหล่งความรู้ จะมีแนวโน้มพึ่งพาผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือครู ดังตัวอย่าง

“ไม่มั่นใจทั้งการประเมินและการส่งเสริม ถ้าหมออยู่ด้วยตลอดก็ดี...” (คนที่ 15)

“ถ้าทำได้ก็ดีใจนะ เราจะได้ดูแลหลาน” (คนที่ 5)

2.4.4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้และได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจะสามารถรักษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ไม่มีความรู้หรือขาดการสนับสนุนจากภายนอกจะไม่สามารถรักษาพฤติกรรมนี้ได้ และมักหลีกเลี่ยงการประเมินพัฒนาการเด็ก โดยให้บุคลากรทางการแพทย์หรือครูเป็นผู้ดำเนินการแทน ดังตัวอย่าง

“มีหนังสือเล่มหนึ่ง หมอให้มา แต่ไม่ได้ใช้ ไม่มีเวลาประเมินหรอก ครูทำแล้วก็เลยสบายใจว่าไม่ต้องทำอีกก็ได้” (คนที่ 11)

จากผลการวิจัยในภาพรวมของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง



มีศักยภาพในการพัฒนาบทบาทตนเอง และมีความเต็มใจในการดูแลเด็ก แต่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนเชิงระบบ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็กส่วนใหญ่เป็นยายหรือย่า ซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51 - 60 ปี สถานการณ์นี้เป็นภาพสะท้อนของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวในยุคปัจจุบันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อพ่อแม่ของเด็กไม่สามารถทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรได้ อันเนื่องมาจากสาเหตุหลากหลาย เช่น การหย่าร้าง ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการย้ายถิ่นเพื่อไปทำงาน ส่งผลให้บทบาทของปู่ย่าตายายต้องเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุในครอบครัวจึงต้องกลายเป็นผู้ดูแลเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สถานการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดผลกระทบ คือ ผู้ดูแลซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุที่ต้องรับหน้าที่ดูแลเด็กมักไม่ได้เตรียมความพร้อมมาก่อน ทั้งในแง่ของร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ การรับภาระดูแลเด็กจึงกลายเป็นภาระที่หนักและอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและความเครียด นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางคนยังขาดความรู้และความมั่นใจในการเลี้ยงดูเด็กตามบริบทปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างจากการเลี้ยงดูบุตรของตนเองในอดีต ทำให้การดูแลเด็กอาจไม่สอดคล้องกับพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็ก การทำความเข้าใจในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและความสามารถของผู้ดูแลเด็กจึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก และการปรับตัวต่อบทบาทใหม่อย่างมั่นใจ⁷ โดยจากการวิจัยสามารถวิเคราะห์กระบวนการที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Gibson ได้ ดังนี้

1. การตระหนักรู้สถานการณ์ พบว่า เด็กร้อยละ 65 มาจากครอบครัวที่พ่อแม่แตกแยกหรือจำเป็นต้องไปทำงานต่างถิ่น ทำให้ปู่ย่าตายายต้องเข้ามาทำหน้าที่ดูแลแทน ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของครัวเรือนข้ามรุ่น โดยจากสถิติ พบว่า อัตราการเกิดครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2563 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2583 แม้ครอบครัวข้ามรุ่นจะสามารถคงความอบอุ่นและความใกล้ชิดของสายสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ได้ แต่ก็พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มิได้เตรียมตัวมาก่อนสำหรับบทบาทใหม่นี้ ความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ และทรัพยากรทางเศรษฐกิจ กลายเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด¹⁴ สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูล 20 คน สะท้อนว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระการดูแลเด็กโดยไม่ได้เตรียมพร้อมมาก่อน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มเติม แม้ว่าพ่อแม่ของเด็กบางรายจะส่งเงินกลับมาให้ แต่ก็ไม่เพียงพอหรือขาดความสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นแหล่งรายได้หลักซึ่งถือเป็นการผลักดันให้ผู้ดูแลในวัยชราอาจต้องกลับไปทำงาน⁶ ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลกระทบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ทำให้เสียสุขภาพตามความสามารถที่จะทำได้ ขาดความมั่นใจ ขาดการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้แก่เด็ก และอาจเกิดพัฒนาการล่าช้าในอนาคตได้¹⁴ โดยการตัดสินใจเหล่านี้ผ่านการคิดวิเคราะห์ไปตามเหตุผลและความจำเป็นที่แตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว การรับบทบาทเป็นทั้งปู่ย่าตายาย และเป็นพ่อแม่ให้กับหลานในเวลาเดียวกันจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างไรก็ตามการเลี้ยงดูหลานยังมีมิติทางบวกที่น่าสนใจ เพราะผู้ดูแลหลายคนสะท้อนว่า การได้ใช้เวลากับหลานทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ ลดความเหงา และเกิดความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้ง ขณะที่เด็กก็เติบโตขึ้นมาพร้อมกับคุณธรรม เช่น ความกตัญญู และ

สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยตายได้ในอนาคต¹⁵ จากบริบทดังกล่าว บุคลากรที่มีสุขภาพในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัวข้ามรุ่นอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยดำเนินงานในเชิงรุกคือ สำรวจ และคัดกรองครอบครัวที่มีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวข้ามรุ่น เพื่อจัดทำฐานข้อมูล และวางแผนการติดตามอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ⁷

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณพบว่า ผู้ดูแลหลักร้อยละ 55 ไม่มีความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยพวกเขามองว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นบทบาทของอาสาสมัครหมู่บ้าน แพทย์ พยาบาล และครู ทำให้ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัวที่พยายามส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามความเข้าใจของตนเองโดยไม่ทราบว่สิ่งที่ปฏิบัตินั้นถือเป็นการส่งเสริมพัฒนาการ โดยหวังเพียงว่าหลานจะเติบโตเหมือนเด็กคนอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกระตุ้นการสร้างใยประสาทในสมอง¹⁶ การขาดการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมอาจทำให้เด็กเกิดพัฒนาการล่าช้า ส่งผลต่อศักยภาพในการเรียนรู้และการปรับตัวในอนาคต^{17,18} เมื่อเผชิญกับข้อค้นพบเช่นนี้ บุคลากรที่มีสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน เสริมพลัง และยกระดับความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวข้ามรุ่น การดำเนินงานของทีมสุขภาพจึงควรผสมผสานความรู้ทางวิชาการกับความเข้าใจในบริบทชุมชน เพื่อร่วมสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อพัฒนาการเด็กและความสุขของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน⁹

3. การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ พบว่าแม้ว่าผู้ดูแลหลักจะขาดความมั่นใจในบทบาทของตนเอง แต่การมีผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้สามารถช่วยให้

พวกเขาเกิดความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า การมีโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลหลักสามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะด้านการดูแลเด็ก และความมั่นใจ ทำให้การประเมินพัฒนาการเด็กมีความแม่นยำมากขึ้น และช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย เนื่องจากการประเมินที่ถูกต้อง และการส่งเสริมด้วยความมั่นใจ จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยได้^{19,20} การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสนับสนุนรอบด้านจากบุคลากรที่มีสุขภาพ ทั้งในมิติของความรู้ ทักษะ และกำลังใจ แนวทางการดำเนินงานควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบการบริการที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง และติดตามพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง²¹

4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลหลักบางรายสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครในชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กได้จริง โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การพูดคุยกับหลาน เล่นกับหลาน หรือพาไปตรวจสุขภาพตามนัด ซึ่งเมื่อสามารถปฏิบัติได้ ผู้ดูแลสะท้อนว่า “รู้สึกดีใจ” หรือ “รู้สึกกว่าตัวเองยังมีประโยชน์” ที่สามารถดูแลหลานได้ แม้บางรายจะยอมรับว่ายังไม่มั่นใจเต็มที่ในการประเมินพัฒนาการเด็ก แต่ก็รู้สึกภูมิใจเมื่อเห็นหลานมีพัฒนาการดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การได้รับการอบรมสามารถช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ จะส่งผลด้านบวก คือ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนี้การเลี้ยงดูหลานยังส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ คือ เกิดความสุขใจ เกิดความรักความผูกพันที่ต้องการดูแลหลานโดยลืมหืมความเหน็ดเหนื่อย¹⁵ อย่างไรก็ตามระดับความมั่นใจของผู้ดูแลและประสิทธิภาพในการ



ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ให้ข้อมูลหลายรายยังคงระบุว่าตนเองต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือการอบรมว่า “ยังไม่รู้ว่าจะไปหาข้อมูลจากที่ไหน” หรือ “มีคนมาบอก แต่ก็นานๆ ครั้ง” ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลที่ได้ อาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้ดูแลหลักสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ขึ้นอยู่กับการได้รับความรู้ที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ หากสามารถพัฒนาระบบสนับสนุนให้มีความต่อเนื่อง เข้าถึงได้ง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแล ก็จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

1.1 ควรมีการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือครอบครัวข้ามรุ่น เพื่อให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 พัฒนากลไกการคัดกรองครอบครัวข้ามรุ่นในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถวางแผนดูแลและสนับสนุนอย่างเหมาะสม

2. ด้านวิชาชีพ

2.1 บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครหมู่บ้าน นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจเฉพาะด้านเกี่ยวกับบริบทของครอบครัวข้ามรุ่น และเทคนิคการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ

2.2 พัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา และการพัฒนาสังคม เพื่อให้การดูแลครอบครัวข้ามรุ่นมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน

2.3 สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเด็ก โดยเน้นทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการดูแลสุขภาพเด็กตามวัย

3. ด้านการศึกษา

3.1 บูรณาการองค์ความรู้เรื่องครอบครัวข้ามรุ่นและการดูแลเด็กโดยผู้สูงอายุ เข้าสู่หลักสูตรในระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะในสาขาพยาบาลศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ การพัฒนาชุมชน และจิตวิทยา

3.2 ส่งเสริมให้นักศึกษามีโอกาสฝึกปฏิบัติในชุมชนที่มีครอบครัวข้ามรุ่น เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์และความเข้าใจในปัญหาเชิงบริบท

3.3 ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับพัฒนาการของเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมผู้ดูแล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมการอบรมที่สามารถสร้างความมั่นใจ เพิ่มความรู้ และทักษะให้แก่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น

2. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมครอบครัวข้ามรุ่นในพื้นที่ต่างๆ เพื่อทำการเปรียบเทียบและศึกษาในบริบทที่หลากหลายและแตกต่างกัน

3. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปสรรคที่ผู้ดูแลเด็กต้องเผชิญ และวิธีการแก้ไขอุปสรรค

4. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. ศึกษาและพัฒนาระบบเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญในระดับท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหลายภาคส่วน ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้ให้ทุนสนับสนุนการทำงานวิจัย กลุ่มนวัตกรรมวิจัยและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ (NIRR) และขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณ คณะบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่อนุมัติการดำเนินการวิจัย

จนแล้วเสร็จ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ สิริรัตน์ จันทร์มะโน และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณคณะครู และเจ้าหน้าที่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Bumphen P, Bussaba A. Factors affecting the development of Thai early childhood: Public Health Center Region 5. Kuakarun Journal of Nursing 2020;27(1):59-70. (in Thai).
2. Ministry of Public Health. Developmental surveillance and promotion manual (DSPM). Nonthaburi: Nation Health Security Office; 2017. (in Thai).
3. National Institute for Child and Family Development, Department of Health. Summary of the meeting report on early childhood development achievements for 2020 and preparation for early childhood development for 2021 (Meeting Report). [Internet]. [cited 2022 Dec 7]. Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/download/?did=193863&id=46062&reload=>. (in Thai).
4. The National Institute for Child and Family Development. Report on the early childhood development program. [Internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://qrqd.org/8AnU>. (in Thai).
5. Choo YY, Agarwal P, How CH, Yeleswarapu SP. Developmental delay: identification and management at primary care level. Singapore Med J 2019;60(3):119-23.
6. Thianlai K, Hutaphaed W. Distance people: communication of skipped-generation household. Journal of Social Development 2019;21(1):59-75.
7. Trakooltorwong P. The importance of encouraging child development. Philippine Journal of Nursing 2019;89(2):56-9.
8. Hakoon V. Developing a model for educating parents of young children: a case study of Ban Wang Bua Samakkhi Wittaya school, Kantharawichai district, Maha Sarakham province. Journal of Education Mahasarakham University 2020;14(2):210-25. (in Thai).
9. Gibson CH. The process of empower in mother of chronically ill children. J Adv Nurs 1995;21(6):1201-10.

10. Udonsa S, Chananin Y, Bundasak T. Nursing care for empowerment of family caregivers of elderly with stroke. RTN Med J 2021;48(2):458-72. (in Thai).
11. National Economic and Social Development Council, Office of the Prime Minister. The 13th national economic and social development plan, 2023-2027. [Internet]. [cited 2024 Mar 1]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/258/T_0001.PDF. (in Thai).
12. Suthewasinnon P, Pasunon P. Sampling strategies for qualitative research. Parichart Journal 2016;29(2):31-48. (in Thai).
13. Chantani M. Qualitative research model. Journal of Academic and Innovation in Social 2022;4(1):233-45. (in Thai).
14. Faculty of Social Sciences, Kasetsart University. Annual report on the development of children and youth 2021. [Internet]. [cited 2024 Mar 12]. Available from: https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1664788646880-962257553.pdf. (in Thai).
15. Potipatsa G, Muenthaisong S, Raknatee D, Supunya J, Makrat M. Childhood parenting by grandparents in a skipped-generation family. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2020;23(2):182-91. (in Thai).
16. Skopek J. Grandparent status and multigenerational relationships. [Internet]. [cited 2024 Apr 21]. Available from: 10.4337/9781788975544.00028.
17. Thawitha L, Klunklin P, Urharmnuay M. Preterm infant development promoting behaviors among primary caregivers and related factors. Nursing Journal 2016;43(4):12-22. (in Thai).
18. Marzola P, Melzer T, Paves E, Mohapel JG, Brocardo PS. Exploring the role of neuroplasticity in development, aging, and neurodegeneration. Brain Sci 2023;13(12):1610.
19. Noichun N. The education guideline for parents to the promotion early childhood development in child development center. Journal of Educational Administration, Khon Kaen University 2020;16(2):194-206. (in Thai).
20. Sankkhaw S, Mekrungrongwong S. Program on perceived self-efficacy, outcome expectations, and preschool child development promotion behavior in caregivers with ineffective development promotion behavior in Mueang Sukhothai district, Sukhothai province. RTN Med J 2022;49(1):95-117. (in Thai).
21. Imnamkhao S, Imnamkhao W. Integrative literature review: nurses' role for child health promotion in early childhood. RTN Med J 2022;49(1):198-211. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

The Effect of Self-efficacy Enhancement Program Using LINE Application on Blood Pressure Level among Persons with Hypertension

สุชานาถ กัว* ระพิน ผลสุข**

Suchanat Guo,* Rapin Polsook**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** Corresponding Author: rapin.p@chula.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน จับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ และชนิดของการได้รับยา กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล ระดับความดันโลหิต และเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัย พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.75$, $df = 27$, $p < .05$; $t = 2.54$, $df = 27$, $p < .05$) และผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย

Received: November 11, 2024; Revised: March 25, 2025; Accepted: April 18, 2025



ระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.24$, $df = 54$, $p < .05$; $t = 2.77$, $df = 54$, $p < .05$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน แอปพลิเคชันไลน์ ระดับความดันโลหิต ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental, pre- and post-experimental study was to determine the effect of self-efficacy enhancement program using LINE application on blood pressure levels among persons with hypertension. The sample consisted of 56 hypertension patients aged 40 years and older, both male and female who received antihypertensive medication at outpatients clinic of at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The control group ($n = 28$) and experimental group ($n = 28$) were matched by gender, age, and type of medication. The experimental group attended the eight-week self-efficacy enhancement program using LINE application focusing on blood pressure level, while the control group received conventional care. The instruments used for collecting data were the socio-demographic questionnaire and blood pressure levels, and the experimental control instrument was the health behavior record form with Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test with significance level at .05. The results revealed that the mean scores of systolic and diastolic blood pressure level among persons with hypertension after attending the program were significantly lower than before attending the program ($t = 4.75$, $df = 27$, $p < .05$; $t = 2.54$, $df = 27$, $p < .05$). The mean score of systolic and diastolic blood pressure in experimental group who attended the program were significantly lower than the control group ($t = 3.24$, $df = 54$, $p < .05$, $t = 2.77$, $df = 54$, $p < .05$).

Keywords: self-efficacy, line application, blood pressure level, hypertension patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือน หรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer)¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 1.28 พันล้านคน หรือคิดเป็นประชากรประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568

จะพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1.56 พันล้านคน^{1,2} สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 3.5 เท่า^{3,4} นอกจากนี้จากข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 คน (ต่อประชากร 100,000 คน) เป็น

14,926.47 คน (ต่อประชากร 100,000 คน) อัตราการป่วยรายใหม่ของภาวะความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 คน (ต่อประชากร 100,000 คน) เป็น 1,353.01 คน (ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 1,566,762 คน เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 9,313 คน⁵ และพบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา และอาจเกิดความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตหรือเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้^{6,7} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้^{8,9} ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวนเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{2,3,5}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ คือ 1) เพศ²⁴ 2) อายุ ($\beta = .138, p < .05$)¹⁰ และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = .18, p < .001$)¹¹ 2) การรับประทานยา ($r = -.236, p < .01$)¹² ($r = .145, p = .006$)¹³ 3) ทักษะชีวิตเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = .12, p = .05$)¹¹ 4) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .25, p < .001$)^{11,14} 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .478, p < .001$)^{15,16} 6) การรับรู้อุปสรรค ($r = -.185, p = .01$)¹¹ 7) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.277, p < .001$)¹², ($r = .186, p < .001$)¹³ จากการทบทวนวรรณกรรม

ข้างต้น จะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁷ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น^{15,16,18} และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁸ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁹ โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลแม่ือง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05²⁰

นอกจากนี้ในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีนโยบายในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและเป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารเพื่อเพิ่มความสะดวกสบายสามารถใช้เป็นช่องทางในการส่งข้อมูล ติดต่อสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันไลน์ที่เป็นเครื่องมือสื่อสารแบบ 2 ทางสามารถสร้างกลุ่มการสื่อสารได้เฉพาะกลุ่ม และเลือกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง^{21,22} ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์สามารถส่งเสริม ประเมิน และติดตาม ภาวะสุขภาพทำให้สามารถประเมินตนเองและพยากรณ์โรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ง่าย เกิดความตระหนักรู้ไปสู่

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังง่ายต่อการนำไปเลือกใช้เป็นแนวทางในการหาข้อมูลเพิ่มเติม²³ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ใช้แอปพลิเคชันในการหาความรู้ดูแลสุขภาพ มีผลค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังการใช้สื่อแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้สื่อแอปพลิเคชันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05²³ และจากผลการสำรวจความต้องการการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชนบ้านโนนม่วง จำนวน 30 คน พบว่า มีผู้ที่สนใจแอปพลิเคชันที่ช่วยในการบันทึกและติดตามสุขภาพ ร้อยละ 90 และร้อยละ 86 คิดว่า แอปพลิเคชันจะช่วยให้การดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น²⁴

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะพบการศึกษาในลักษณะเชิงความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาโปรแกรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาโปรแกรมเพื่อสร้างความเข้าใจ หรือพัฒนาทักษะเพียงเท่านั้น²³ รวมทั้งการศึกษาแอปพลิเคชันส่วนใหญ่นำมาติดตามการดูแลสุขภาพ หรือการหาข้อมูลเพียงเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะเพื่อลดระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อมั่น ฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนักนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ และมีสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์^{15,16,18,24}

2. ระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ^{21,22,23}

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁷ อธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย โดยสาเหตุของพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ องค์ประกอบของบุคคล องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ซึ่งการเริ่มต้น การคงอยู่ของพฤติกรรม และสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมจะมาจาก 1) คุณค่าของผลลัพธ์ (Outcome value) 2) การคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectancy) 3) การคาดหวังความสามารถของตน (Self-efficacy expectancy) และการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ (Emotional arousal) มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อบุคคลอยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจจะถูกกระตุ้นให้เกิดความกล้ามากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวทำให้รับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองลดลง 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วย

ตนเอง (Mastery experience) บุคคลที่ลงมือกระทำพฤติกรรมจนเกิดผลสำเร็จจะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงความสำเร็จจะเพิ่มสมรรถนะของตนเอง โดยบุคคลจะเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะทำได้ 3) การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experience) โดยใช้ตัวแบบ ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่มีชีวิต และตัวแบบสัญลักษณ์ การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลพึงพอใจจะทำให้บุคคลสามารถประสบความสำเร็จได้ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองก็จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ 4) การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal persuasion) ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ Bandura กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงอย่างเดียวนั้นไม่ค่อยเป็นผลสำเร็จ ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการที่บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งต้องค่อยๆ สร้างสมรรถนะให้กับบุคคลเกิดความเข้าใจตามขั้นตอนพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงร่วมกันจะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura ร่วมกับแนวทางการรักษาโรคความดัน

โลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิตโดยผ่านการให้แหล่งข้อมูลในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ซึ่งเมื่อให้แหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่งแล้ว จะทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารจะทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา มีความเป็นส่วนตัวสามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเฉพาะบุคคล มีความใหม่และทันสมัย สามารถนำเสนอข้อมูลผ่านภาพและวิดีโอ และบันทึกเก็บไว้ได้²² โดยจัดกิจกรรมที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 9) ติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้จากประสบการณ์ตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดจูงใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสแกน QR CODE เพื่อเข้าใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น ผู้วิจัยส่งวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลกระทบจากการไม่ปรับพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 - 7 กำกับและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ระดับ
ความดัน
โลหิต

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* POWER โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .71 โดยอ้างอิงขนาดอิทธิพลจากงานวิจัย²⁵ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10²⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 55 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเท่ากันทั้งสองกลุ่มจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 1 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 56 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นเพศชายและเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการประเมินแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีระดับความดันโลหิต Systolic ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดัน Diastolic ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 6 เดือน

ที่ผ่านมา มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายอื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง หรือโรคปอดระยะสุดท้าย มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนและสามารถใช้อุปกรณ์เหล่านั้นได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด หรือไม่สามารถติดต่อได้ขณะเข้าร่วมโปรแกรม และ/หรือ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากประวัติการรักษา กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 28 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและให้ 28 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ²⁴ อายุ¹⁰ และชนิดของยาที่ได้รับ¹²

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ออกแบบโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบให้เติมคำและให้เลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย ประเภทยาอาหารที่ชอบรับประทาน และการออกกำลังกาย ข้อมูลส่วนนี้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้วัดระดับความดันโลหิตและบันทึกระดับความดันโลหิต

1.2 เครื่องวัดระดับความดันโลหิตชนิดวัดที่ต้นแขน สำหรับวัดระดับความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนด EC Directive 93/42/EEC และอุปกรณ์นี้ถูกออกแบบขึ้นตามมาตรฐาน European Standard EN 10610 โดยมีคุณลักษณะ 1) สามารถวัดและแสดงค่าระดับความดันโลหิต Systolic, Diastolic และอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse rate) และเวลาที่ทำการวัด 2) จอแสดงผลแบบดิจิทัล LCD มองเห็นได้ชัดเจน 3) วิธีการวัดความดันแบบ Oscillo metric 4) วัสดุผ้าพันแขนชนิดไนลอนและโพลีเอสเตอร์ ขนาดเส้นรอบวงแขน 22 - 32 เซนติเมตร 5) มีช่วงการวัดระดับความดันโลหิตที่ 0 - 299 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 40 - 180 ครั้งต่อนาที 6) ความเที่ยงตรงความดันโลหิต ± 3 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร $\pm 5\%$ 7) ใช้งานได้ง่ายโดยการกดปุ่ม Start/Stop เพียงปุ่มเดียวเท่านั้น 8) สัญลักษณ์แสดงเมื่อพันผ้าถูกต้อง 9) มีสัญลักษณ์เตือนแสดงการเคลื่อนไหวขณะวัดความดันโลหิต 10) สัญลักษณ์แสดงการเต้นผิดปกติของหัวใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัดระดับความดันโลหิตและใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมทุกครั้ง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเป็นลักษณะของการลงบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านทุกวันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านปฏิบัติของแต่ละวันตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ รับประทานยาลดความดันโลหิต รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที เมื่อรู้ว่าเครียดจะมีวิธีการผ่อนคลาย ไม่ดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองและใช้ติดตามการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละสัปดาห์ และผู้วิจัยขอเก็บรวบรวมบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

เกณฑ์การประเมิน คือ กลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง และครบถ้วนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (56 วัน) อย่างน้อยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (45 วัน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 1 และผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาค่าที่ยอมรับได้คือ $\geq .70^{26}$ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของ Bandura¹⁷ ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีดังนี้

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารทั้งในและต่างประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura และ

แอปพลิเคชันไลน์ สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม นำมากำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยโปรแกรมหักด้วยประกอบด้วยสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้ 1) แผนการสอนที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ 2) วิดีโอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดระดับความดันโลหิต ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนเพื่อลดระดับความดันโลหิตในด้านการรับประทานอาหาร^{27,28} ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ 3) วิดีโอเกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 4) แอปพลิเคชันไลน์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมด้านต่างๆ การติดต่อสื่อสาร และติดตามผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุกสัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับของเนื้อหา ผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 3 ราย ซึ่งพบว่าโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่พบปัญหา แสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกันสูง (100%) สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากจากการได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย โดยมีหนังสือชี้แจงรายละเอียด และลงนามแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. หลังการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

โดยให้ทำแบบสอบถามส่วนบุคคล และวัดระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัย ลงบันทึกข้อมูลไว้ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และขอนัดหมายพบผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 9

สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยนัดพบผู้เข้าร่วมวิจัยที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อประเมินระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการทำวิจัย ชักถามข้อสงสัยหลังจากสิ้นสุดการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงสาเหตุ อาการและอาการแสดง การสังเกตอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียด และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย โดยมีหนังสือชี้แจงรายละเอียด และลงนามแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เมื่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้

แอปพลิเคชันไลน์ อธิบายการส่งข้อมูลและติดตามผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้ทำแบบสอบถามส่วนบุคคล และวัดระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัย ลงบันทึกข้อมูลไว้ เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการลดระดับความดันโลหิต แสแกน QR CODE เพื่อเข้าใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถซักถามข้อสงสัยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ตลอดเวลา

สัปดาห์ที่ 2 ให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น และติดตามครั้งที่ 1 โดยดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น ผู้วิจัยส่งวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่นและวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชักจูงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมาพบแพทย์ตามนัด ติดตามการปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ ทบวาทักษะที่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยังขาด ความเชื่อมั่นเพื่อให้มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความ สามารถที่จะปฏิบัติได้สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เรียนรู้จากการใช้คำพูดจูงใจ และติดตามครั้งที่ 2 โดยดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูด จูงใจ ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์เมื่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง กระตุ้นการปรับ พฤติกรรมที่เหมาะสม ให้กำลังใจและชักจูงให้ปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 - 7 ติดตามครั้งที่ 3 - 6 โดย ผู้วิจัยวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดตาม ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กระตุ้นการปรับพฤติกรรม ที่เหมาะสม ให้กำลังใจและชักจูงให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการเสริมสร้างสมรรถนะ แห่งตน โดยดำเนินการ ดังนี้

ทักทายผู้ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินแบบบันทึกการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 9 พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 2 โดยดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ประเมินระดับ ความดันโลหิต ผู้วิจัยนัดพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อประเมินระดับความดัน โลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้ รับฟังปัญหาและอุปสรรค และตอบข้อสงสัยของผู้ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการ IRB No.0828/66 ลงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ที่คลินิกอายุรกรรม แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรม SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05 โดยก่อนวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test ผู้วิจัย ได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapio-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบ ปกติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ ระดับความดันโลหิต นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Independent t-test statistic)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (dependent t-test statistic)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 มี อายุระหว่าง 51 - 55 ปี ร้อยละ 25 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.3 ปี (SD = 7.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.7 และไม่ได้ประกอบ อาชีพ ร้อยละ 36.7 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25,001

- 35,000 บาท ร้อยละ 39.3 ส่วนในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 มีอายุระหว่าง 61 - 65 ปี ร้อยละ 32.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59 ปี (SD = 7.9) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.6 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.5 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25,001 - 35,000 บาท ร้อยละ 50

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 28) พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ที่มีภาวะความดัน

โลหิตสูงกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 150.7 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.1) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เพิ่มขึ้นเป็น 153.9 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.4) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 72.3 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.0) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic เพิ่มขึ้นเป็น 72.8 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.6) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic สูงกว่าก่อนการทดลอง สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 28) โดยใช้สถิติ Paired t-test

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม	Mean	SD	Df	t	p-value
Systolic BP ก่อนทดลอง	150.7	8.1	27	-2.605*	.015
Systolic BP หลังทดลอง	153.9	10.4			
Diastolic BP ก่อนทดลอง	72.3	11.0	27	-.221	.827
Diastolic BP หลังทดลอง	72.8	12.6			

* p < .05

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 28) พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 149.4 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.6) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ลดลงเท่ากับ 145.5 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.0) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 66.4 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.9) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ลดลงเท่ากับ 63.9 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.4) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic มาเปรียบเทียบกับกันโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 28) โดยใช้สถิติ Paired t-test

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง	Mean	SD	df	t	p-value
Systolic BP ก่อนทดลอง	149.4	8.6	27	4.75*	< .001
Systolic BP หลังทดลอง	145.5	9.0			
Diastolic BP ก่อนทดลอง	66.4	12.9	27	2.54*	.017
Diastolic BP หลังทดลอง	63.9	11.4			

* p < .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 150.7 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.1) และ 149.4 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 72.3 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.0) และ 66.4 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.9) ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n1 = 28, n2 = 28) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ระดับความดันโลหิตก่อนทดลอง	Mean	SD	df	T	p-value
Systolic BP กลุ่มควบคุม	150.7	8.1	54	.61	.546
Systolic BP กลุ่มทดลอง	149.4	8.6			
Diastolic BP กลุ่มควบคุม	72.3	11.0	54	1.84	.071
Diastolic BP กลุ่มทดลอง	66.4	12.9			

* p < .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 153.9 มิลลิเมตรปรอท และผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 145.5 มิลลิเมตรปรอท (Mean = 145.5, SD = 9.0) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic ของผู้ที่มี

ภาวะความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.244$, $p = .002$) สำหรับค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ของกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 72.8 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลอง 63.9 มิลลิเมตรปรอท (Mean = 63.9, SD = 11.4) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Diastolic ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.776$, $p = .008$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ระดับความดันโลหิตหลังทดลอง	Mean	SD	df	t	p-value
Systolic BP กลุ่มควบคุม	153.9	10.4	54	3.24*	.002
Systolic BP กลุ่มทดลอง	145.5	9.0			
Diastolic BP กลุ่มควบคุม	72.8	12.6	54	2.77*	.008
Diastolic BP กลุ่มทดลอง	63.9	11.4			

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ร่วมกับการใช้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระดับความดันโลหิต โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. กิจกรรมการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต ซึ่งถ้าบุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่ถูกกระตุ้นจากสิ่งที่ไม่พึงพอใจ จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น¹⁷ จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรม รู้สึกได้รับประโยชน์ และได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรม

2. กิจกรรมการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การสังเกตอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ ผ่านวิดีโอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งแนวทางการรักษา การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

3. กิจกรรมเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น โดยผู้วิจัยส่งวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น และวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชักถามอาการ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือเพิ่มกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น ทบทวนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการลดระดับความดันโลหิต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติได้สำเร็จ ชื่นชมและให้กำลังใจ

4. กิจกรรมการใช้คำพูดจูงใจ โดยผู้วิจัยวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการชักจูงด้วยการใช้คำพูดโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 8 สัปดาห์ โดยมีการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา มีความเป็นส่วนตัว มีความใหม่และทันสมัย สามารถนำเสนอข้อมูลผ่านภาพและวิดีโอ และบันทึกเก็บไว้ได้²¹ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมาจึงสรุปได้ว่า การได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่มีการประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura มาเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต สามารถทำให้เกิด

ความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ตรงค์เรือง และคณะ¹⁹ และ รัชพรณ วุฒิไ้ย และ เทียนทอง ต๊ะแก้ว²⁰ ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และการศึกษาของ จิตติมา โกศลวิตร และคณะ²⁹ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีอิทธิพลกับการสื่อสารเป็นอย่างมากในปัจจุบัน สามารถติดต่อสื่อสารได้ตลอดเวลา มีความเป็นส่วนตัว สามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเฉพาะบุคคล ช่วยเพิ่มสัสนและความมีชีวิตชีวาในการสนทนา มีความใหม่และทันสมัย สามารถนำเสนอข้อมูลผ่านภาพและวิดีโอ และบันทึกเก็บไว้ได้²¹

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่งผ่านกิจกรรมการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ กิจกรรมการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง กิจกรรมเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น กิจกรรมการใช้คำพูดจูงใจผ่านวิดีโอคอลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ นอกจากนี้การติดตามผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสื่อสาร สอบถามปัญหาและอุปสรรค หรือข้อสงสัยต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งงานวิจัยนี้มีการติดตามทุกสัปดาห์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นวิธีการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เพื่อให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ²³ ศึกษาผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ใช้แอปพลิเคชันในการหาความรู้ดูแลสุขภาพ มีผลค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังการใช้สื่อแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้สื่อแอปพลิเคชันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการสำรวจความต้องการการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชนบ้านโนนม่วง จำนวน 30 คน พบว่า มีผู้ที่สนใจแอปพลิเคชันที่ช่วยในการบันทึกและติดตามสุขภาพร้อยละ 90 และร้อยละ 86 คิดว่าแอปพลิเคชันจะช่วยในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น²⁴ นอกจากนี้ จิตติมา โกศลวิตร และคณะ²⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดยโสธร พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงผ่านการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น และ

การใช้คำพูดจูงใจ จะเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต นอกจากนี้การใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและเป็นช่องทางในการส่งข้อมูล ติดต่อสื่อสาร ที่สามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารแบบ 2 ทาง สามารถติดต่อสื่อสาร สอบถามปัญหาและอุปสรรค หรือข้อสงสัยต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตลอดเวลา สามารถสร้างกลุ่มการสื่อสารได้เฉพาะกลุ่ม และเลือกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง^{20,21} ทำให้การเรียนรู้จากวิดีโอด้วยตนเองมีความสะดวกเป็นส่วนตัว มีการติดตาม ส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้การติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิต สามารถทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงได้มากกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีระดับความดันโลหิต Systolic และระดับความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และใช้การสื่อสารที่ทันสมัย สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา มีความส่วนตัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง



ต่อเนื่อง ลดระดับความดันโลหิต ชะลอการดำเนินการ
ของโรค ลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ
เศรษฐกิจและสังคม

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาติดตาม
ผลสั้น (8 สัปดาห์) อาจยังไม่สะท้อนผลกระทบ
ระยะยาว หรือความเป็นไปได้ที่ผลการวิจัยอาจได้รับ
อิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ที่เกิดจากแรงจูงใจอื่น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. More than 700 million people with untreated hypertension. [Internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Substance issues World Hypertension Day Campaign 2018. [Internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>. (in Thai).
3. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on the treatment of hypertension. [Internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442. (in Thai).
4. Sujacharee S, Sarakarn P, Jumparway D, Sappipat P, Suttisa A. Level of blood pressure and its related factors among people aged 35 years and over in Mahasarakham province. Dis Control J 2021;47(Suppl 2):1242-53. (in Thai).
5. Department of disease control. Details of indicators to monitor quality of non-communicable disease operations services. (Diabetes and high blood pressure) for fiscal year 2022. [Internet]. [cited 2023 Aug 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14109&gid=1-015-005>. (in Thai).
6. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and control of hypertension. J Am Coll Cardiol 2019;72(11):1278-93.
7. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension 2020;75(6):1334-57.
8. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: silence Killer should be aware. Journal of Phrapokklao Nuring College 2017;28(1):100-11. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลง
ของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ
โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้
แอปพลิเคชันไลน์ในระยะยาว เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์
ปกติ ลดผลกระทบ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

9. Wutthitham N. Nursing role in the promotion of controlling blood pressure levels in hypertensive patients. *Nursing Journal CMU* 2019;46(4):173-82. (in Thai).
10. Ratsameejam P, Archkarathanaphol P, Durongritthichai W. Factor predicting pre-hypertension and non-essential hypertension in Thai adult at Naklier community, Presamut Jadee district, Samut Prakarn province. *Journal of Public Health Nursing* 2013;27(1):102-14. (in Thai).
11. Phonchaimat C, Saengngoen S. The factor related to self-care behaviors of hypertension patients in the elderly club in Bang Nok Khwaek Sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhram. *The Journal of Development Administration Research* 2020;10(1):172-7. (in Thai).
12. Yoopan N, Duangchan P, Jampole P. Relationships among social support, health beliefs, self-care behaviors and blood pressure of hypertensive. *Thai Pharm Health Sci J* 2015;10(1):10-8. (in Thai).
13. Hanjaroenpipat P. Factors effecting to blood pressure level controlling among hypertension patients at Sirattana hospital, Sisaket province. *Medical Journal of Srisaket Buriram Hospitals* 2020;35(3):651-63. (in Thai).
14. Nunyapruk C, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Iamee N. Factor related to blood pressure control behaviors among hypertensive patient in Ranod hospital, Songkhla province. *Journal of Health Education* 2019;42(1):190-203. (in Thai).
15. Hongkrajok H, Pathumarak N, Masingboon K. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient-health care provider communication on self-care behaviors among patient with primary hypertension. *RTN Med J* 2016;43(2):39-54. (in Thai).
16. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patient. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(4):152-65. (in Thai).
17. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215.
18. Konsuan A. Effects of self-efficacy and social support enhancement program on dietary behavior and blood pressure among patient with uncontrolled hypertension. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkhla University; 2014. (in Thai).
19. Turongruang S, Wattana C, Harnirattisai T, Liangchawengwong S. Effects of a Self-efficacy promoting program on disease control behaviors and disease control among patients with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal CMU* 2017;44(Suppl 1):69-82. (in Thai).
20. Wuttiey R. Effects of Self-efficacy program on self-care behaviors of hypertensive patients in Mae Ing sub-district, Phukamyao district, Phayao province. [Master's Thesis, Faculty of Public health]. University of Phayao; 2021. (in Thai).
21. Kuljit Chuawong S. LINE - Communicating format on the creativity of Smartphone: Benefits and limits of application. *Executive Journal* 2013;33(4):42-54. (in Thai).

22. Huedhun K. The influence of line application in the present communication. Journal of Arts Management 2017;1(2):75-88. (in Thai).
23. Thajang S, Panyathorn K, Loonprom N, Kensila U, Khomhanpol P, Jeenklun K. et al. Effects of using media application on prevention of complications for knowledge on patients with hypertension. UDRU Sci & Tech J 2020;8(2):89-104. (in Thai).
24. Sae-Tiew J. Usage behavior of smart-phone application for middle age persons. [Master's Thesis, Faculty of Business Administration]. Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2016. (in Thai).
25. Srivanichakorn S, editor. A. Self-management support for NCDs: Thai style. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing; 2017. (in Thai).
26. Polit D, Hungler B. Nursing research: principle and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
27. Salaylanon P, Wattanakitkrileart D, Pongkaew A. Factor influencing adherence to the DASH diet in patients with hypertension. RTN Med J 2023;50(3):497-513. (in Thai).
28. Siriboonyarit N, Wattanakitkrileart D, Phligbua W. Effects of nutrition education program through line application on dietary behaviors in patients with primary hypertension. RTN Med J 2023;50(2):328-45. (in Thai).
29. Kosalvit T, Kanyakan K, Khamwang T, Darunikorn P. Application of self-efficacy program on self-care behaviors in hypertensive patients at Yo health promoting hospital, Kham Khuean Kao District, Yasothon province. JRIHS 2017;1(2):28-40. (in Thai).



ผลการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Results of the Development of a Knowledge Media for People at Risk of Community-Acquired Sepsis through Network Participation in Kok Sa-at Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province

สุภาภรณ์ บุญยานาม* จรินทร์ เอกพล** วรณิศา เชื้อตายา* ปาริชาติ ต้นสุวรรณ* ชลการ ทรงศรี***
Supaporn Boonyanam,* Jarintorn Ekkapone,** Waranrada Chuataya,* Parichat Tunsuwan,* Chonlakam Songsri***

* โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี

Udonthani Hospital, Udon Thani Province

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด จ.อุดรธานี

Kok Sa-at Subdistrict Health Promoting Hospital, Udon Thani Province

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.อุดรธานี

*** Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Udon Thani Province

*** Corresponding Author: Chonlak2012@gmail.com

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาสื่อความรู้และประเมินผลการใช้
สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน ดำเนินการในเดือนธันวาคม
2566 - ตุลาคม 2567 พื้นที่วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามอัตราป่วยและเสียชีวิตสูงสุดปี พ.ศ. 2565
กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งหมด 457 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยสื่อความรู้สำหรับ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนว
คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบวัดความรู้ประชาชนเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน
ค่าดัชนีสอดคล้องเครื่องมือได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1 แบบวัดความรู้ประชาชนเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
ในชุมชนได้ค่าความเที่ยงคูเคอร์ริชาร์ดสัน 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิง
คุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

Received: January 8, 2025; Revised: April 23, 2025; Accepted: April 23, 2025



ผลการวิจัย พบว่า (1) ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ผู้ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่เหมาะสม สาเหตุจากเมื่อมีอาการเจ็บปวดในร่างกาย มีบาดแผลและมีไข้ จะรอสังเกตอาการ เข้าใจว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย บางส่วนรักษาด้วยพืชสมุนไพรหรือยาพื้นบ้าน หรือซื้อยารับประทานเอง กลุ่มตัวอย่างจะเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรง การติดเชื้อส่วนใหญ่จากบาดแผล ทางเดินอาหาร การป้องกันคือการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การล้างแผลเบื้องต้น การไม่ซื้อยารับประทานเอง และการเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตทันที (2) สื่อความรู้ เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน ประกอบด้วยเนื้อหา ความรุนแรง ความหมาย สาเหตุ อาการและการป้องกัน การตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์ พร้อมรายละเอียดใน QR Code (3) ผลการใช้สื่อความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการดำเนินโครงการ 4 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลสุขภาพลดการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจากร้อยละ 38.18 เป็น 17.86 ลดการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากร้อยละ 52 เป็น 22.22

สรุป ผลการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน โดยเครือข่ายมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพลดอัตราเสียชีวิตในชุมชนได้

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน การมีส่วนร่วม

Abstract

This action research aimed to analyze the situation, develop educational media, and evaluate the use of knowledge media for people at risk of community-acquired sepsis. The study was conducted from December 2023 to October 2024. The research areas were selected specifically based on the highest morbidity and mortality rates in 2022. The sample group was selected through purposive sampling, totaling 457 people. The research tool consisted of educational media for people at risk of sepsis in the community through network participation. Data were collected using in-depth interview questions, group discussions, and a community-based public knowledge test on sepsis. The IOC value of the instrument was 0.67 - 1. The community-based public knowledge test on sepsis had a Kuder-Richardson reliability of 0.78. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed: (1) Most community-acquired sepsis were found in the elderly, those with underlying diseases, regular alcohol consumption, and poor personal hygiene practices. The cause was that when experiencing pain in the body, a wound, and a fever, they waited to observe the symptoms, thinking that it was a minor illness. Some people treated themselves with herbal plants, folk medicine, or bought medicine to take on their own. They sought treatment only when symptoms became severe. Most infections were from wounds and the digestive tract. Prevention included teaching how to wash hands before eating, eating freshly cooked food, cleaning wounds correctly, avoid buying medicine for self treatment, and entering the treatment system immediately when suspecting community-acquired sepsis; (2) The knowledge media

consisted of severity, meaning, causes, symptoms and prevention, decision-making to enter the healthcare system, and details in the QR Code; (3) Using educational media for the sepsis risk group after 4 months of implementation showed that the sample group was able to take care of their health, reduce the mortality of sepsis from 38.18 percent to 17.86 percent, and reduce the mortality of severe sepsis/septic shock from 52 percent to 22.22 percent.

Conclusion: The development of knowledge media for people at risk of community-acquired sepsis through network participation, enabled people to take care of their health and decide to enter the medical treatment system, thereby reducing the mortality rate in the community.

Keywords: community-acquired sepsis, participation

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง ทำให้เนื้อเยื่อและระบบของร่างกายเกิดความเสียหาย เกิดขึ้นได้กับทุกคน มีความเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยอายุ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์หรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ อาการทั่วไปที่พบได้ คือ มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว สับสน เจ็บปวดในร่างกายนำไปสู่ภาวะระบบในร่างกายล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิตในที่สุด ส่วนใหญ่พบในประเทศมีรายได้ต่ำและปานกลาง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเอดส์ ตับแข็ง มะเร็ง ไต ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ป่วยตัดม้าม และ 1 ใน 3 หรือ เกือบครึ่งหนึ่งเกิดจากบาดเจ็บและโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการดูแลสุขภาพอนามัยให้มีประสิทธิภาพและการค้นหาอาการเพื่อให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น¹ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ร้อยละ 70 มาจากชุมชน เนื่องจากประชาชนมีความตระหนักต่ำเกี่ยวกับอาการแสดงและสาเหตุ จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ประชาชนเพียงร้อยละ 40 ของผู้ตอบแบบสำรวจที่เคยได้ยินเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถระบุอาการของโรคได้ การรักษาล่าช้าเป็น

สาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ การสร้างความตระหนักให้กับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการเข้าถึงการรักษาให้ทันเวลาให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมป้องกันการเสียชีวิต และความพิการที่ไม่จำเป็นได้² กระทรวงสาธารณสุข มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 คือ การลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิดเกิดในชุมชน (Community-acquired) ให้น้อยกว่าร้อยละ 26 ด้วยการคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงด้วยเครื่องมือ (Sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปที่เกิดภาวะ Tissue hypoperfusion หรือ Organ dysfunction หรือมี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP $\geq$ 65 mmHg และมีค่า Serum lactate level $>$ 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2) qSOFA (Quick SOFA) Score for Sepsis ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป 3) SOS score (Search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป 4) Modified Early Warning Score (MEWS)³ จากแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขในการลดความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต คือ การมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและช่วยผู้ป่วยให้รวดเร็ว วินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จัดทำแนวทางการดูแลรักษา



เบื้องต้น (Early resuscitation) เป็นมาตรฐาน Checklist เน้นการปฏิบัติให้ครบ (Sepsis bundles) การมีแนวทางส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย (Sepsis fast tract) และการเรียนรู้ระหว่างทีมงาน⁴

จังหวัดอุดรธานีมีเป้าหมายการดำเนินงาน คือ อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิดเกิดในชุมชนไม่เกินร้อยละ 26 และมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน คือ 1) ประชาสัมพันธ์สื่อสาร อาการของการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) / ผู้นำชุมชน/ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ลดความรุนแรงในกลุ่มเสี่ยง 4) เพิ่มความรู้ในการดูแลตัวเอง 5) ส่งเสริมให้ประชาชนมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการของโรคติดเชื้อที่ต้องรับนำส่งโรงพยาบาล 6) เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 7) เน้นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC) ผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ 8) ผนึกกำลังในการใช้เทคโนโลยีโดยใช้ Smart watch และแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อการตรวจจับได้เร็ว (Early detection)⁵ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งหมด 30 แห่ง พบสถานการณ์ป่วยและเสียชีวิตปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ อัตราเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร้อยละ 28.52, 26.47, 21.63 และอัตราเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (Severe sepsis/ Septic shock) ร้อยละ 40.23, 35.64, 31.76 ตามลำดับ⁶ แต่ยังคงสูงกว่าที่กำหนด คือ มากกว่าร้อยละ 26 ปัจจุบันมีระบบการทำงานเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตโดยการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis flow in primary care) โดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ หากมีอาการสงสัยให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาล

ศูนย์อุดรธานี⁷ นอกจากนี้มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แนะนำการสังเกตอาการเตือนและตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ให้ทันเวลาเพื่อลดอัตราป่วยและเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน⁸ ร่วมกับใช้สื่อสติกเกอร์อาการเตือนสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาทันเวลา การอบรมให้ความรู้ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงการรักษาทันเวลา⁹

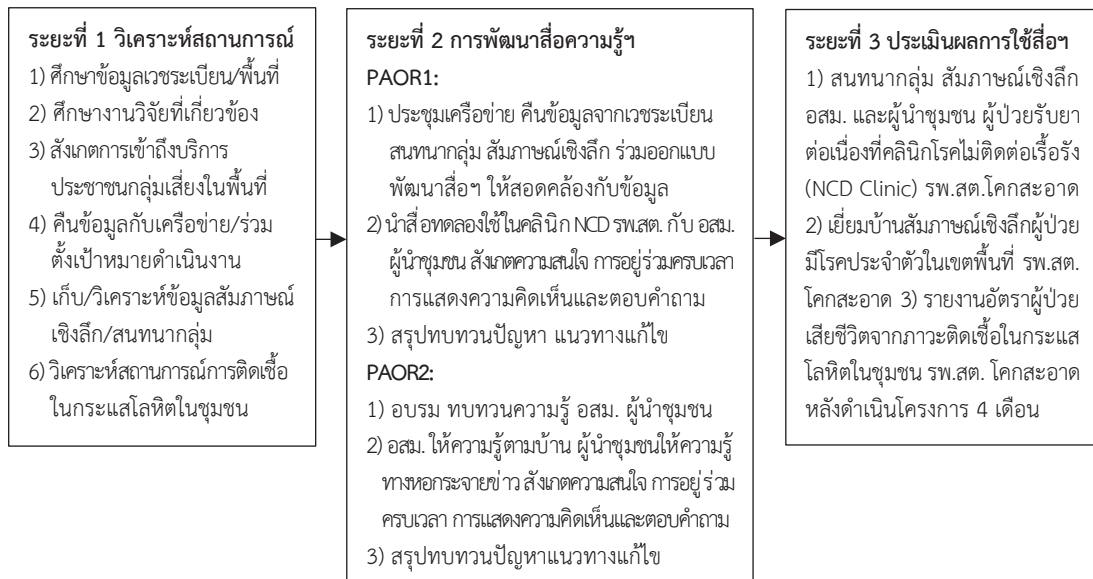
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โคกสะอาด จากข้อมูลทะเบียน โรงพยาบาลอุดรธานี รหัส ICD- 10 A40.1 - 41.9, R57.2 และ R65.1 พบการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 25.80, 23.64, 53.57 และพบภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงร้อยละ 28.57, 30.77, 69.23⁶ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนผู้มีโรคประจำตัว การดำเนินงานที่ผ่านมา คือ อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ด้วยโปรแกรมความรู้เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต การให้อสม. แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงสังเกตอาการร่วมกับใช้สื่อสติกเกอร์อาการเตือนสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตและตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ให้ทันเวลาเพื่อลดอัตราป่วยและเสียชีวิตในชุมชน⁸ แต่เนื่องจากสื่อดังกล่าวมีข้อความที่ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการการแก้ปัญหาในพื้นที่ การให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุมตามประเด็นปัญหา ประชาชนบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยมารับการรักษาไม่ทันเวลาเกิดความรุนแรงและเสียชีวิต ผู้วิจัยเลือกศึกษาผลการพัฒนาสื่อสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม รพ.สต.โคกสะอาด อ.เมือง จ.อุดรธานี ด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยรวบรวมปัญหาทำความเข้าใจ สะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มในชุมชน เพื่อหาวิธีการพัฒนาปรับปรุงสถานการณ์ที่พบว่ามีปัญหา¹⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม
2. พัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม
3. ประเมินผลการใช้สื่อความรู้เรื่องความรู้แรง ความหมาย สาเหตุ อาการและการป้องกันการตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart (cited in วีระยุทธ ชาติตะกัญจน์)¹⁰ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน (Planning) 2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3. สังเกตการณ์ (Observation) 4. สะท้อนกลับ (Reflection) และระยะเวลาที่ 3 ประเมินผลดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 1) คณเวชระเบียน โรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยรหัส ICD- 10 A40.1 - 41.9, R57.2 และ R65.1 โดยเลือกประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รพ.สต.โคกสะอาด และแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี วินิจฉัยและรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 12 คน 2) ตัวแทน อสม. จำนวน 14 คน 3) ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน 4) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.โคกสะอาด 1 คน รวมทั้งหมด 31 คน

กลุ่มผู้ร่วมวิจัย 1) อสม. จำนวน 146 คน

- 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ จำนวน 300 คน
- 3) ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน รวมทั้งหมด 456 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ตัวแทนประชาชนทุกกลุ่มวัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รพ.สต.โคกสะอาด และแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี วินิจฉัยและรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแส



โลหิตในชุมชนหรือผู้ดูแล ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่สะดวกให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

2. เป็นตัวแทน อสม. ผู้ปฏิบัติหน้าที่และพักอาศัยในพื้นที่สะดวกให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

3. เป็นตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มวัยตามเงื่อนไขในพื้นที่สะดวกเข้าร่วมโครงการสมัครใจ

4. เป็นตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่สะดวกเข้าร่วมโครงการสมัครใจ

5. เป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โคกสะอาดที่สะดวกเข้าร่วมโครงการสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ประชาชนผู้มีประสบการณ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่ได้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่

2. อสม. ย้ายภูมิลำเนา ย้ายแหล่งปฏิบัติงาน

3. อาสาสมัครที่เปลี่ยนใจไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการ

4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย

5. ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 1) ศึกษาสถานการณ์จากอุบัติการณ์ป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนจากเวชระเบียนรหัส ICD- 10 A40.1 - 41.9, R57.2 และ R65.1 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาลโรคประจำตัวจากโปรแกรม OP- SERVE 3) ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่เก็บข้อมูลตามแนวคำถามสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ผู้นำชุมชน ผู้เคยป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้อง การแนะนำความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิต ทั้งหมด

3 ครั้ง รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 31 คน จนได้ข้อมูลอิ่มตัว จึงสรุปประเด็น

ระยะที่ 2 พัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดย 1) นัดประชุมตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชนประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรวมจำนวน 12 คน เพื่อคืนข้อมูลอุบัติการณ์ป่วยและเสียชีวิตจากรายงานเวชระเบียน จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ 2) สรุปประเด็นปัญหาและร่วมกันออกแบบสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ใช้ร่วมกับผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้สำหรับ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน รพ.สต. โสกน้ำขาว อ.เมือง จ.อุดรธานี⁹ จากไฟล์หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) จำนวน 14 แผ่นให้เหลือแบบแผ่นเดียว ประกอบด้วยเนื้อหา ความรุนแรง ความหมาย สาเหตุ อาการและการป้องกันการตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์ 3) อบรมความรู้ อสม. และผู้นำชุมชนตามรูปแบบสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4) ร่วมกับผู้วิจัยในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน ทดลองนำสื่อความรู้¹⁰ ให้ความรู้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.โคกสะอาด จำนวน 32 คน ประเมินผลความรู้รายการกลุ่มโดยสอบถามความรู้ตามแนวคำถามโดยกลุ่มเป้าหมายตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 5) อสม. ใช้สื่อความรู้แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามหลังคาเรือน ผู้นำชุมชนใช้สื่อความรู้แนะนำประชาชนทางหอกระจายข่าว

ระยะที่ 3 ประเมินผลสื่อความรู้โดย 1) วัดความรู้ ความเข้าใจจากสื่อความรู้ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยแบบวัดความรู้ จำนวน 14 ข้อ คำตอบ 3 ตัวเลือก คือ 1) ใช่ 2) ไม่ใช่ 3) ไม่แน่ใจ แบบออนไลน์แปลผลโดย

ใช่ เมื่อเห็นว่าคุณถามนั้นถูกต้อง ผู้วิจัยให้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ เมื่อเห็นว่าคุณถามนั้นไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ เมื่อเห็นว่าไม่แน่ใจว่าคำตอบนั้น ถูกต้องหรือไม่ ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

แปลผลค่าคะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับ คะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการ Learning for Mastery รายการกลุ่มของ (Bloom)¹¹

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ตอบถูกต้อง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ตอบ ถูกต้องคะแนนร้อยละ 60 - 79

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ตอบถูกต้อง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2) เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น ความรุนแรง ความหมาย สาเหตุ อาการและการป้องกัน การตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์

3) รายงานอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน รพ.สต.โคกสะอาด หลังดำเนินโครงการ 4 เดือน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน ตัวเองได้

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มตัวแทน ผู้เคยป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตใน ชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน (Guideline for in-depth interview/ Guideline for focus group discussion) 2) แนวทาง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Guideline for participant observation) ประเด็นการดูแลสุขภาพ การป้องกันการดูแลตนเอง 3) แบบวัดความรู้ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแส โลหิตในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ 1) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี 2) หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการ พยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี 3) แพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ค่าความตรงเนื้อหา 0.67 - 1

2. หาค่าความเที่ยงแบบวัดความรู้ประชาชน เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.78

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1.1 ศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์ป่วยและ เสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน จากเวชระเบียน ประสานผู้ร่วมวิจัยที่ 2 ลงพื้นที่ ศึกษาพื้นที่และวิถีสุขภาพชุมชน ศึกษางานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง

1.2 เก็บข้อมูลตามแนวคำถามโดยสนทนา กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนเครือข่ายทั้งหมด 3 ครั้ง และสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่ม 3 ครั้ง รวมผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 31 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาสื่อความรู้

2.1 พัฒนาสื่อความรู้โดยประสานผู้ร่วมวิจัย นัดประชุมตัวแทนเครือข่าย จำนวน 12 คน และ ประยุกต์โปรแกรมความรู้สำหรับ อสม. เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน รพ.สต.โสกน้ำขาว อ.เมือง จ.อุดรธานี⁹

2.2 นำสื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบ ทดลองใช้สื่อ ความรู้แนะนำประชาชนในพื้นที่ ปรับปรุงแก้ไขจน เรียบร้อยสมบูรณ์

2.3 ดำเนินการให้ความรู้การใช้สื่อความรู้ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และใช้สื่อแนะนำ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

ระยะที่ 3 ประเมินผล หลังจากการดำเนิน โครงการ 4 เดือน

3.1 สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกการใช้สื่อ ความรู้สำหรับแนะนำประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน

3.2 ประเมินความรู้ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว รับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน จำนวนร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน (Sepsis) และ (Severe sepsis/ Septic shock) ที่โรงพยาบาลอุดรธานี หลังดำเนินโครงการ 4 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรธานี รหัสโครงการ UDH REC No.101/2566 วันที่อนุมัติ 27 พฤศจิกายน 2566 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 27 พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยรหัส ICD- 10 A40.1 - 41.9, R57.2, R65.1 และการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและมีบาดแผล หรือผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ผู้มีความผิดปกติทางจิตจากการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี ความรุนแรงถึงเสียชีวิต และต้อวยวะพบในผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการขาดความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค การสังเกตอาการ และการตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษา คือ เมื่อประชาชนมีแผล เจ็บปวดในร่างกายและมีไข้ จะรอสังเกตอาการเข้าใจว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย บางคนรักษาด้วยพืชสมุนไพรหรือยาพื้นบ้าน หรือซื้อยารับประทานเองเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรง การติดเชื้อส่วนใหญ่จาก 1) บาดแผลทั้งแผลเปิดขนาดเล็กหรือบาดแผลไม่เปิด เช่น ผิวหนังบวม 2) การติดเชื้อทางเดินอาหารจากการรับประทานอาหารดิบ อาหาร

ย่อยยาก อาหารไม่สะอาด การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง คือ 1) การป้องกันเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางการรับประทานอาหาร โดยล้างมือก่อนรับประทานอาหาร 2) การรับประทานอาหารถูกสุขลักษณะ คือ การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ไม่รับประทานอาหารย่อยยาก 3) การป้องกันเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลโดยการล้างแผลเบื้องต้นที่ถูกต้อง 4) การไม่ซื้อยารับประทานเอง 5) การเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อสงสัยมีอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตทันที

“กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ว่างทำงาน กลุ่มดื่มสุรา พวกนี้ไปไว ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไข้เบ่งก่อน ฟังเบื่อง่ายก่อน” (ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“บาดแผลนี้กะเร็ว บาดแผลน้อยๆ แนะนำไปหาหมอบ่อยๆไป เราเอาสมุนไพรมาใส่ มันไปแก้ตัดไม้ซี้ๆ จนได้ตัดแขนจนตาย” (ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“เป็นเบาหวานตัดขาประมาณ 1 ปี ที่แรกเป็นน้อยๆ ฝ่าตีน เขียวเข้า เขียวเข้า ตัดขาถึงหัวเข้า” (ตัวแทนผู้ป่วย, In-depth interview, 18 ม.ค. 67)

“เท่าที่เข็ดงามคนไข้ที่ตายส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง คนเฒ่า เบาหวาน ความดัน” (ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“ติดเชื้อในกระแสเลือดบ้านเราบ่เก่ง ป่านได้ สาเหตุมาจากหยั่ง แต่ก่อน โรคนี้บ่แพร่หลาย ติดเชื้อในกระแสเลือดเขาลิสสัน ชาวบ้านลิสสัน บ่เก่ง” (ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“ติดเชื้อในกระแสเลือด บ่รู้สาเหตุ บ่รู้ อาการ อสม.บอก ถ้ามีไข้หนาวสั่นให้รีบไป บ่แมนไปหาซื้อยากิน เฟ้นเบื่อง่ายบ่ออก” (ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“บ่เข้าใจคือกัน ติดไต ใส่ เป็นเห็ดหยังมา ถ้าเป็นแผลกะบ่ส่งสัยดอก บ่เป็นแผลเฝ้า ติดเชื้อในกระแสเลือดมาแต่ใส อยู่ซื่อกะติดเชื้อในกระแสเลือด หยั่งฟอกกะซื่อ ติดเชื้อในกระแสเลือด

บ่เข้าใจมาจากไส สาเหตุ ผู้สูงอายุ กะบ่ได้เฮ็ด
เวียกเป็นมาจิงได้” (ตัวแทน อสม., Focus group,
8 ม.ค. 2567)

“บางทีบ่เป็นแผลมันเข้าได้ทางได้ จังพอ
นิเราเสี่ยยอนติดเชื่อในกระแสเลือด เราเป็นไข้ พี่อ้อย
ป้องกันแบบได้ เอกสารใบเดียวกัน เสี่ยงตามสาย
อ่านให้เพิ่นฟัง ผู้ใหญ่บ้านเสี่ยงตามสาย อสม.
เคาะประตูบ้าน” (ตัวแทน อสม., Focus group,
8 ม.ค. 2567)

“ผู้เฒ่าเพิ่นกะฮู้เป็นแผล อย่าไปนำป้า
มีแต่ยาฉีดยาฉีดยาเข้าแผล” (ตัวแทน อสม., Focus
group, 8 ม.ค. 2567)

“มีคนป่วยไม่รู้สาเหตุว่า คือ ใช้ยาฆ่าหญ้า
ฉีดยาบ่อยๆ แล้วขาบวม เป็นบ่จำบายไปซื้อนิ เขา
ออกบ้านไปหาเฮ็ดเวียกจักเกียบบ้าง ฉีหนูจิงสิ
บ่มีความรู้เรื่องฉีหนู เป็นไข้ ชักบีบๆ จิงสิ แล้วกะ
เรื่องติดเชื่อในกระแสเลือด” (ตัวแทน อสม., Focus
group, 8 ม.ค. 2567)

“เป็นไข้เบื่อก่อน ฟังเบื่อก่อนการก่อน”
(ตัวแทน อสม., Focus group, 8 ม.ค. 2567)

“ป่วยวันที่ 31 ธ.ค. 66 ออกโรงพยาบาล
วันที่ 6 ม.ค. 67 อาการผะอืดผะอม ลิ้นอักเสบอ้วก วิน
สิวใช้กะมีหรือบ่ มีอนั้นรู้สึกมันผิปกติบได้ไปใส
กินผัดหอยกาบ” (ตัวแทนผู้ป่วย, In-depth interview,
30 ม.ค. 2567)

“เฮากินหอย ผิดหอยต้องระวัง กินกะค่อย
กิน คิดไปลิ้มผัดหรือบ่ผัด บ่ได้กินดิบนะ กินหอย
ย่อยยาก เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งให้ติดเชื่อในกระแสเลือด”
(ตัวแทนผู้ป่วย, In-depth interview, 30 ม.ค. 2567)

“อาการมันบ่กินเข้ามันฮ้อง เจ็บปวด
อย่างบ่ได้เลย ขวับกิน อย่างบ่ได้ ฮ้อง โอ้ยๆ (อาการ
แสดงถึงความเจ็บปวดในร่างกาย) บ่มีบาดแผล ว่าเกิด
จากเรอบ่อาบน้ำ เหมามากล่อมมันไปโรงพยาบาล
เว้ากันว่าเกิดจากบ่สะอาดนิหละ การกินของเรา”
(ตัวแทนญาติผู้ป่วย, In-depth interview, 23
ก.พ. 2567)

“คุยกันยูเรวัตเป็นย่อนกินข้าว บ่ค่อย
ล้างมือ บ่ค่อยเล็บให้ยาว เชื้อโรคกะอยู่น่าชอกเล็บ
บ่ให้เป็นติดเชื่ออีกเฮาเอิ้นมันไปกินข้าว ล้างไม้ล้างมือ
เฮาบอกเฮ็ด ล้าง ซัณบ่ได้กินข้าว (ตัวแทนญาติผู้ป่วย,
In-depth interview, 23 ก.พ. 2567)

“โซนทางนี้ไปเหยียบหอย เป็นแผล
แผลติดเชื่อ การล้างแผลที่ถูกต้องเป็นน่อยกะบ่อยาก
ไปอนามยล้างแผล เป็นหลายค้อยไป แม่ล้างเองไปก่อน
หลายๆ รอบ ถ้ามีแผลให้ความรู้เรื่องการล้างแผล
ให้สะอาดก่อนตามที่มีอาจเป็นสบู เบื่อกันที่บ้าน
ให้รู้จักวิธีการล้างแผลที่บ้าน” (ตัวแทน อสม., Focus
group, 8 ม.ค. 2567)

“บาดแผลนี้กะเร็ว บาดแผลน่อยๆ เน้นนำ
ไปหาหมอบ่ยอมไป เราเอาสมุนไพรมาใส่ มันไปแก
ดัดไม้ซ้อๆ จนได้ตัดแขนจนตาย” (ตัวแทน อสม. ผู้นำ
ชุมชน ผู้ป่วย, Focus group, 18 ม.ค. 2567)

2. สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อภาวะติดเชื่อในกระแสโลหิตในชุมชน

ได้สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ต่อภาวะติดเชื่อในกระแสโลหิตในชุมชนได้มีการ
ออกแบบให้ง่ายต่อการอ่านและการเข้าใจทั้งภาพ
และตัวอักษร รวมทั้งมีการวางแผนการนำไปสื่อสาร
ให้กับประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็น
เอกสารแบบแผ่นเดียวแบบสติ๊กเกอร์ เพื่อง่ายต่อการ
เข้าใจและประชาชนสามารถนำไปติดที่มองเห็นง่าย
และกระตุ้นเตือนได้ตลอดเวลาประกอบด้วย ส่วนที่
1) สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพที่
รุนแรงในพื้นที่ ส่วนที่ 2) ความหมาย สาเหตุของการ
เกิดโรค โรคติดเชื่อในกระแสโลหิตพบบ่อยในชุมชน
ได้แก่ การติดเชื่อจากทางเดินอาหาร และจากบาดแผล
การป้องกันเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ส่วนที่ 3) อาการการสงสัย
ติดเชื่อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงและตัดสินใจเข้าสู่
ระบบการรักษาทางการแพทย์ ดังภาพที่ 1

เดือนที่ 1 ทดลองใช้สื่อให้ความรู้ในคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.โคกสะอาด จำนวน 32 ราย
กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80

เดือนที่ 2 ให้ผู้นำชุมชนให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวร่วมกับ อสม. แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ คือ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จนครบ จำนวน 300 คน ตามเป้าหมายที่กำหนด



ภาพที่ 1 สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน

3. การประเมินผลการใช้สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน

3.1 สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยรับยาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน พบว่า รายละเอียดในเอกสาร ไม่ยาก สามารถพูด อ่าน ประชาชนในชุมชนเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

“บ่ยากเกินไป มันมีรายละเอียดให้เว้าๆ คำแนะนำนี้บ่ยากเกินไป เว้าได้” (ตัวแทน อสม. และผู้นำชุมชน, Focus group, 24 ก.ค. 2567)

“จำง่าย ทำได้ บ่ยาก” (ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.โคกสะอาด, Focus group, 25 ก.ค. 2567)

“ตัวแทน อสม. ได้ไปแนะนำคนไข้ คนเฒ่าบ่ค่อยรู้ อาการของมันมีม้องเจ็บ ม้องเป็น ม้องปวด หรือกินอาหารท้องเสีย กะเป็นได้ ละกะมีไข้ จังซี่เจ็บตอด เขาเจ็บม้องขา เบ็งมันอักเสบบ่ขึ้นบ่มีไข้ บ่เป็นหยั่งถ้าแผลมันอักเสบมีไข้ เมื่อยหลายใจสัน ให้ฟ้าวไปหาหมอ บ่ไหว ให้เอ็น 1669 ลองถามกับ เเพ็น ตอบอาการได้ จังมีไข้สูง หัวใจสันเมื่อย” (ตัวแทน อสม., In-dept Interview., 13 ส.ค. 2567)

“อันนี้ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 10 เป็น อสม. ด้วย ผู้ใหญ่บ้านอ่าน และเขาให้ อสม. ไปแจกตามบ้าน เอกสารก็เป็นการบอกเล่า การให้ อสม. แนะนำตามบ้าน กับให้ข่าวเสียงตามสายกะดีประกาศพร้อม แจกพร้อม ขะเจ้าจะรับรู้ปฏิบัติตัวได้เพิ่นกะฟังๆ เข้าใจ ง่าย ๆ อย่างน้อย เขารู้เป็นแบบนี้ต้องโทรแจ้ง 1669” (ตัวแทน อสม. และผู้นำชุมชน, Focus group, 13 ส.ค. 2567)

ผลของการสนทนากลุ่มการใช้สื่อความรู้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.โคกสะอาด และมีการวัดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระดับความรู้เรื่องความหมาย อาการ การป้องกัน ที่ระดับต่ำ มีระดับความรู้การตัดสินใจ เข้าถึงการรักษาการแพทย์ฉุกเฉินที่ระดับความรู้สูง

หลังการให้เข้าร่วมโครงการพบระดับความรู้เรื่อง ความหมาย อาการ การป้องกันเพิ่มขึ้นเป็นความรู้ระดับสูง ดังตารางที่ 1 - 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	12.50
หญิง	28	87.50
อายุ (ปี)		
30 - 40	1	3.13
40 - 50	5	15.62
51 - 60	8	25.00
61 - 70	11	34.38
71 - 80	7	21.87
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	84.38
มัธยมศึกษาต้น	5	15.62

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ (n = 32)

ประเด็นความรู้	ก่อนการดำเนินโครงการ		หลังการดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ติดเชื้อในกระแสเลือดคือติดเชื้อทั่วร่างกาย (+)	6	18.75	28	87.50
- อาการปวดท้อง อาเจียน สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด (-)	7	21.88	26	81.25
- ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัดและมีไข้สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (+)	8	25.00	27	84.38
- มีไข้ ตัวร้อนสงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด (-)	8	25.00	28	87.50
- การล้างมือก่อนรับประทานอาหารป้องกันติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ได้ (-)	8	25.00	27	84.38
- สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมีไข้เล็กน้อยซื้อยารับประทานเองได้ (-)	8	25.00	28	87.50
- ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (-)	9	28.13	27	84.38
- สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเจ็บปวดร่างกายและมีไข้ รอสั่งยา อาการ 1 - 2 วัน อาการไม่ดีขึ้นให้พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (-)	9	28.13	28	87.50



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ (n = 32) (ต่อ)

ประเด็นความรู้	ก่อนการดำเนินโครงการ		หลังการดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การล้างแผลด้วยน้ำธรรมดาจนสะอาดป้องกันติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ได้ (-)	9	28.13	28	87.50
- สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเจ็บปวดร่างกาย มีไข้ นอนซมให้พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที (+)	10	31.25	29	90.63
- ติดเชื้อในกระแสเลือดมาจากบาดแผลเท่านั้น (-)	12	37.50	28	87.50
- อาการปวดท้อง อาเจียน และมีไข้ สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (+)	22	68.75	28	87.50
- ติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว (+)	26	81.25	32	100
- ติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (+)	26	81.25	32	100
- ติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ (+)	28	87.50	32	100
- สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเจ็บปวดร่างกาย มีไข้ นอนซมสงสัยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (+)	28	87.50	32	100
- สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเจ็บปวดร่างกาย มีไข้ นอนซม ต้องพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเรียก 1669 ทันที (+)	28	87.50	32	100

3.2 สุ่มเยี่ยมบ้าน สังเกตการดูแลสุขภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกความรู้เรื่องอาการ การดูแลสุขภาพ และการตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาผู้สูงอายุป่วย จำนวน 18 ราย

หลังการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ร่วมกับการให้ความรู้โดย อสม. แนะนำประชาชน กลุ่มเสี่ยงรายบุคคลตามหลังคาเรือน พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีบาดแผลจากภารกิจประจำวัน เช่น แผลถลอก ใช้การล้างน้ำสะอาด ซับให้แห้ง สังเกตอาการ หากบาดแผลลึกมาพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทันที ส่วนใหญ่ รับรู้ว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตอันตรายถึงเสียชีวิต และใช้การรับฟังจาก อสม. เนื่องจากสะดวก มีรายละเอียดกว่าทางหอกระจายข่าว ซึ่งบางครั้ง ได้ยินไม่ชัดเจน และใช้การจำข้อความสั้นที่สำคัญ คือ เจ็บปวดในร่างกาย หรือมีบาดแผลและมีไข้ จะไปรักษาที่ รพ.สต. ทันที เนื่องจากสะดวกกว่าไปโรงพยาบาล

ในผู้ป่วยติดเตียงสามารถสังเกตอาการ ตัดสินใจเรียก รถเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้

“จำง่าย บ่ยาก เจ็บไข้ บ่สบาย หา หมออนามัย ใกล้ สะดวกกว่าไปโรงพยาบาล” (เยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, In-dept Interview, 25 ก.ค. 2567)

“ตาเป็นแผล เหล็กหล่นใส่ ล้างน้ำ สะอาด เอาผ้าพัน มาหาหมอเลย จำได้ บ่ยาก” (เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, In-dept Interview, 25 ก.ค. 2567)

ข้อมูลที่สังเกตพบ: ผ้าพันแผลพันที่หน้า ข้างด้านซ้าย ตาบอกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อจากบาดแผลได้อย่างมั่นใจมีท่าทางผ่อนคลาย และไม่มีอาการวิตกกังวล (เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง, สังเกตการณ์การดูแลสุขภาพ, 25 ก.ค. 2567)

“แขนเป็นแผลลอกจกโดนไธล้งน้ำ
เอาผ้าสะอาดซับให้แห้ง อสม. มาบอก ถ้าใช้ รับหาหมอ
ไม่ให้ร้อเหมือนเก่า อันตราย” (เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง, In-dept Interview, 25 ก.ค. 2567)

ข้อมูลที่สังเกตพบ: หญิงสูงอายุ มีแผลลอก
ไม่บวม ไม่แดง ผู้สูงอายุบอกการดูแลตนเองตนเอง
การสังเกตอาการ และตัดสินใจเข้ารักษาได้ (เยี่ยมบ้าน
ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สังเกตการณ์แบบไม่มี
ส่วนร่วม, 25 ก.ค. 2567)

“เสียงตามสายก็ได้ยิน แต่ไม่ชัด
อยากให้ทำคู่ เสริมกัน รับข่าวกับ อสม. ก็สะดวกกว่า
เพราะเพิ่นมีรายละเอียดบอก” (เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, In-dept Interview, 25 ก.ค. 2567)

“ติดเชื่อในกระแสเลือด รู้เข้าใจ
ทำเป็น ยายเคยเป็นมีไข้ หนาว ซึม เรียกเลย 1669”
(เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, In-dept
Interview, 31 ก.ค. 2567)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน (Sepsis) ก่อนดำเนินโครงการ
มีผู้เสียชีวิต 21 ราย จาก 55 ราย (ร้อยละ 38.18) และหลังดำเนินโครงการ 4 เดือน พบมีการ
เสียชีวิต 5 ราย จาก 28 ราย (ร้อยละ 17.86)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง 4 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน (Sepsis)	21/55 ราย/ปี (38.18 %)	5/28 ราย/ปี (17.86 %)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงในชุมชน (Severe sepsis,
Septic shock) ก่อนดำเนินโครงการ พบ 13 ราย จากการป่วย 25 ราย (ร้อยละ 52) หลังดำเนิน
โครงการ 4 เดือน พบมีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย จากการป่วย 9 ราย (ร้อยละ 22.22)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน/ปี	หลัง 4 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงใน ชุมชน (Severe sepsis, Septic shock)	13/25 ราย (52.00 %)	2/9 ราย/ปี (22.22%)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนโดยเครือข่ายมีส่วนร่วมพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ผู้มีบาดแผล ผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ผู้มีความผิดปกติทางจิตจากการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี ความรุนแรงถึงเสียชีวิต และตัดอวัยวะ พบในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับ Nasa และคณะ¹ ว่าโรคติดเชื้อเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุลดลงจากความชรา¹² สอดคล้องกับ Center for Disease Control and Prevention ว่าประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้มีอาการป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ปอด มะเร็ง ไต สอดคล้องกับ Sepsis WHO¹ ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ ตับแข็ง อาการแสดงของการติดเชื้อทั่วไปและสามารถป้องกันได้ และสอดคล้องกับ สุภาภรณ์ บุญยานาม⁸⁻⁹ ว่าติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนพบได้ทุกกลุ่มวัย การเสียชีวิตพบมากในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว พบเมื่อมีอาการหนัก สาเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องจากประชาชนเข้าใจว่าตนเจ็บป่วยเล็กน้อยจึงซื้อยารับประทานเองหรือรับการรักษาศูนย์ที่คลินิกสอดคล้องกับ FRED¹³ ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตพบผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 60 มีอาการรุนแรง สอดคล้องกับ Reinhart และคณะ² ว่าชุมชนมีความตระหนักต่ำเกี่ยวกับอาการแสดง สาเหตุ และจำนวนผู้เสียชีวิตและทุพพลภาพ

2. สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนสร้างจากการมีส่วนร่วมโดยกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยรวบรวมปัญหาจากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมวิเคราะห์ ออกแบบและพัฒนาสื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง คือ ตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ให้เป็นสื่อให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตาม

หลังคาเรือนโดย อสม. ให้ความรู้ทางเสียงตามสายในชุมชนโดยผู้นำชุมชน และร่วมกับผู้วิจัยในพื้นที่ให้ความรู้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เรื่องความรุนแรงและผลกระทบภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนต่อสุขภาพ ความหมาย การสังเกตอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่พบบ่อยและป้องกันได้ในชุมชน อาการสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง การตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน สอดคล้องกับ Sepsis WHO¹ การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการดูแลสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพและการค้นหาอาการเพื่อให้การรักษภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่วะยะเริ่มต้น สอดคล้องกับ Reinhart และคณะ² ว่าการสร้างความรู้ความตระหนักกับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการเข้าถึงการรักษาให้ทันเวลาให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมป้องกันการเสียชีวิตและความพิการที่ไม่จำเป็นได้ สอดคล้องกับ วีระยุทธ ชาตะกาญจน์¹⁰ ว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart โดยรวบรวมปัญหา ทำความเข้าใจ สะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มในชุมชน เพื่อให้เกิดวิธีการปรับปรุงสถานการณ์ที่พบว่ามีปัญหาให้ดีขึ้น

3. ผลของการใช้สื่อความรู้สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนใหญ่ อสม. และผู้นำชุมชนเห็นว่ารายละเอียดในเอกสารไม่ยาก สามารถพูด อ่าน หรืออธิบายเพื่อแนะนำประชาชนในชุมชนให้เข้าใจ การดำเนินการให้ความรู้ของ อสม. ตามบ้านและการให้ความรู้โดยใช้เสียงตามสายของผู้นำชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่โดยใช้สื่อความรู้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต. โคกสะอาด จะช่วยให้ประชาชนเกิดการรับรู้ 1) ความรุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่ 2) การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนจากทางเดินอาหาร 3) การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตใน

ชุมชนจากบาดแผล 4) อาการสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงและตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์ 5) ตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงหลังดำเนินโครงการ 4 เดือน ลดลง สอดคล้องกับ Sepsis WHO¹ ว่าการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการดูแลสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพและการค้นหาอาการเพื่อให้การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สอดคล้องกับ Reinhart และคณะ² ว่าการสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการเข้าถึงการรักษาให้ทันเวลาให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมป้องกันการเสียชีวิตและความพิการที่ไม่จำเป็นได้ สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ บุญยานาม³ ว่าการให้ อสม. แนะนำผู้สูงอายุและประชาชนที่ป่วย หากสังเกตอาการและสงสัยการติดเชื้อในกระแสโลหิต การเข้ารับการรักษาที่ทันเวลาจะช่วยลดอัตราเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ บุญยานาม และคณะ⁴ ว่าการให้ความรู้ตามโปรแกรมความรู้สำหรับ อสม. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการ

ติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน เรื่องความหมายสถานการณ์และสาเหตุความรุนแรง กลุ่มอาการสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตและอาการสงสัยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รุนแรง กลุ่มประชาชนที่ต้องเฝ้าระวังการไม่ซื้อยากินเองและเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการฝึกประเมินและดูแลเบื้องต้นในการแนะนำประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ด้วยบริการ 1669 และรณรงค์ส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรใช้สื่อแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ดูแลสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพและการค้นหาอาการเพื่อให้การรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและความพิการที่ไม่จำเป็น

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาการสร้างความรู้ความเข้าใจกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sepsis. [Internet]. [cited 2023 Jan 6]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>.
2. Reinhart K, Daniels R, Kissoon N, Machado FR, Schachter RD, et al. Recognizing sepsis as a global health priority. [Internet]. WHO Resolution; 2017 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1707170>.
3. Strategic and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Details of Ministry of Public Health indicators for the fiscal year 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Inspection guideline for the fiscal year 2018. [Internet]. [cited 2025 Nov 25]. Available from: <http://inspection.dms.moph.go.th>. (in Thai).
5. Udonthani Provincial Public Health Office. Service plan: sepsis Udonthani: Udonthani Provincial Public Health Office; 2022. (in Thai).

6. Udonthani Hospital. Summary report on morbidity and death rates from sepsis in the community in 2021–2023: surveillance of sepsis in the community. Udonthani: Community Nursing Work Group, Udon Thani Hospital Information Center; 2023. (in Thai).
7. Clinical Practice Guideline Development Committee. Clinical Practice Guidelines (CPG) Udon Thani Hospital Primary Care Network. Udon Thani: Udon Thani Hospital; 2021. (in Thai).
8. Bunyanam S. Participation of network in prevention and surveillance of severe community acquired sepsis among illnesses elderly, Nong Bua subdistrict, Muang, Udonthani province. Udon Thani Hospital Medical Journal 2022;30(3):41-51. (in Thai).
9. Bunyayanam S, Tansuwan P, Yanawattanapan C. The results of the development of knowledge programs for village health volunteers for surveillance and prevention of community- acquired sepsis at Sok Nam Khao subdistrict, Muang, Udon Thani province. Udon Thani Hospital Medical Journal 2023;31(2):262-75.
10. Chatakarn V. Action research. Suratthani Rajabhat Journal 2015;2(1):29-48. (in Thai).
11. Bloom B. Mastery learning. [Internet]. [cited 2022 Nov 03]. Available from: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/bloome.pdf>.
12. Nasa P, Juneja D, Singh O, Dang R, Arora V. Severe sepsis and its impact on outcome in elderly and very elderly patients admitted to the intensive care unit. J Intensive Care Med 2012;27(3):179-83.
13. Fred FF. Clinical advisor. Philadelphia: Elsevier; 2015: p. 1065.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมี ฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ และ 4 คู่สบของผู้สูงอายุ ตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Ecological Model Factors Associated with the Presence of 20 Functional Permanent Teeth and 4 Functional Occluding Pairs among Older Adults in Bangrak Subdistrict, Mueang District, Trang Province

อามีน่า หะยีเจ๊ะและ* ธนารัตน์ หมดเชื้อ** นูรอินี ดรามา* ธวัชชัย สุนทรนนท์*** จิตติมา กาลเนากุล***
Amina Hayjehlaeh,* Thanarat Mudchiew,** Nur-inee Deramae,* Tawatchai Sunthonnon,*** Jittima Kalnaowakul***

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สถาบันพระบรมราชชนก จ.ตรัง

* Student in Bachelor of Public Health (Dental Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Trang Province,
Praboromarajchanok Institute, Trang Province

,* คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก จ.ตรัง

,* Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Sirindhorn College of Public Health,
Trang Province, Praboromarajchanok Institute, Trang Province

** Corresponding Author: thanarat@scphtrang.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน/องค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายกับการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากรที่แน่นอน และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และแบบสัมภาษณ์ ในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน คือ การถดถอยโลจิสติกสำหรับตัวแปรทวิภาค ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.74 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ และปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ($p < .05$) คือ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ

Received: December 12, 2024; Revised: January 30, 2025; Accepted: February 27, 2025



($p < .001$) รายได้ ($p = .02$) การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการมีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือบดเคี้ยวอาหาร ($p < .001$) และการมีปัญหาในการพูด หรือออกเสียง ($p < .001$) และปัจจัยระดับองค์กร คือ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันฟันผุ ($p = .04$) ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนก่อนเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ เพื่อลดการสูญเสียฟัน และควรได้รับการฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรมด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา การมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ การมีคู่สบฟันหลังถาวร อย่างน้อย 4 คู่สบ

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the presence of at least 20 functional permanent teeth and four functional posterior occluding pairs, as well as to assess the relationship between factors within an ecological model: intrapersonal factor, interpersonal factor, organizational factor, community and public policy factors, and the presence of at least 20 functional permanent teeth and four functional posterior occluding pairs in older adults in Bangrak Subdistrict, Mueang District, Trang Province. The sample consisted of 270 individuals, collected by proportion estimation with a known population and two stage random sampling method. Data were collected through oral health examinations and interviews in June 2024. Statistical analyses included descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics included binary logistic regression at a significance level of .05.

The results showed that 30.74% of participants had at least 20 functional permanent teeth and four functional posterior occluding pairs. Ecological model factors significantly associated with this outcome ($p < .05$) included individual-level factors such as age ($p < .001$), income ($p = .02$), and perceived oral health issues related to difficulties in eating or chewing ($p < 0.001$), as well as difficulties in speaking or pronunciation ($p < .001$). Organizational-level factors included the presence of public health volunteers providing dietary guidance to prevent dental caries ($p = .04$).

Therefore, it is recommended to promote oral health care for the population before they reach old age to reduce tooth loss and ensure that dental restoration, including prosthetic replacements for lost natural teeth, is accessible.

Keywords: older adults, ecological model factors, presence of 20 functional permanent, 4 functional posterior occluding pairs permanent

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)¹ โดยในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.50 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.40 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society)² สำหรับจังหวัดตรัง มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 119,830 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.85 ของประชากรทั้งหมด ทำให้จังหวัดตรังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ในขณะที่อำเภอเมืองตรัง มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 27,406 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 22.87 ของประชากรทั้งหมด¹ และตำบลบางรัก มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 708 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.70 ซึ่งทำให้พื้นที่ดังกล่าวเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged society)³

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอวัยวะในช่องปากของผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการบางลงของชั้นเคลือบฟัน การเกิดช่องว่างระหว่างฟันที่มากขึ้น การเกิดเหงือกกรัน การเกิดฟันสึกบริเวณคอฟันและด้านบดเคี้ยว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในช่องปากและการสูญเสียฟันในอนาคต⁴ วัยนี้เป็นวัยที่มีความน่ากังวลด้านสุขภาพมากที่สุด และเป็นช่วงที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพช่องปากที่หลายคนอาจมองข้าม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาสุขภาพภายในช่องปากอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและ

ลดทอนความมั่นใจ เพียงแค่ปัญหาหนึ่งอาจลุกลามกลายเป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้นได้

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 - 9 ประเทศไทย⁶⁻⁷ ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60 - 74 ปี พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซี่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 56.10 และ 60.90 ตามลำดับ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 40.20 และ 43.70 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 40.20 และ 43 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80 - 85 ปี พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซี่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 22.40 และ 27.70 ตามลำดับ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 12.10 และ 15.70 ตามลำดับ ขณะที่ฟันอย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 11.30 และ 15.30 ตามลำดับ จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2565 - 2566 โดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง⁸ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดตรังมีแนวโน้มการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่เพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 41.40 และ 48.30 ตามลำดับ และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 44.10 และ 55.90 ตามลำดับ ในเขตอำเภอเมืองตรังพบว่า ผู้สูงอายุในเขตนี้มีแนวโน้มการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบลดลง โดยฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ลดลงจากร้อยละ 48 เป็น 45.20 และฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบลดลงจากร้อยละ 55.70 เป็น 53.40 และจากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 - 2566³ พบว่าผู้สูงอายุในตำบลบางรักมีแนวโน้มการมีฟันใช้งานได้

อย่างน้อย 20 ซีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.04 เป็นร้อยละ 41.20 แต่เมื่อนำมาทำการเปรียบเทียบ พบว่า อัตราการมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซีของผู้สูงอายุในตำบลบางรักต่ำกว่าระดับอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ภาคใต้ และระดับประเทศ ในขณะที่การมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบลดลงจากร้อยละ 53.70 เป็นร้อยละ 45.27 โดยมีอัตราการมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบที่ต่ำกว่าระดับอำเภอเมืองและจังหวัดตรัง แต่สูงกว่าระดับภาคใต้ และต่ำกว่าระดับประเทศ

สาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ คือ โรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การป้องกันการลุกลามของโรคเหล่านี้ที่อาจนำไปสู่การสูญเสียฟันสามารถทำได้โดยการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีผลต่อการสูญเสียฟันในอนาคต⁹ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดจากโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) ของ Mcleroy¹⁰ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการปรับมุมมองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัจจัยส่วนบุคคลและมองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพในมิติที่บูรณาการซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขอนามัยที่ดี พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี และสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพ หากมีสุขภาพที่ยั่งยืนจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดย “สุขภาพช่องปาก” ไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคทางช่องปากเท่านั้น แต่หมายถึงความสุขและความพึงพอใจของบุคคลในด้านสภาวะช่องปากของตนเอง¹¹

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบในผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ ซึ่งจะช่วยป้องกันการลุกลามของปัญหาที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี และสามารถพัฒนาไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน/องค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายกับการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) ของ Mcleroy¹⁰ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นๆ ปฏิสัมพันธ์อยู่ กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลจะได้รับผลกระทบมาจากหลากหลายระดับของอิทธิพล และในแต่ละอิทธิพลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ระดับบุคคล คือ ลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ระดับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และบุคลิกภาพของบุคคล 2) ระดับระหว่างบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกลุ่มบุคคล ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนสถาบัน ซึ่งทั้งหมดนี้จะกำหนดหรือเป็นที่มาของความเป็นตัวตน บทบาทในสังคม และการสนับสนุนช่วยเหลือของบุคคล 3) ระดับสถาบัน/องค์กร หมายถึง กฎระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย และโครงสร้างที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรค หรือเป็นตัวสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นได้ 4) ระดับชุมชน คือ เครือข่ายทางสังคม ค่านิยม หรือธรรมเนียม ซึ่งอาจดำรงอยู่อย่างไม่เป็นทางการในระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร อาจเป็นกลุ่มชุมชนหมู่บ้านละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ และ 5) ระดับนโยบาย (Public policy) หมายถึง นโยบายและกฎหมายระดับท้องถิ่นและประเทศที่กำกับหรือสนับสนุนกิจกรรม และการปฏิบัติที่พึงประสงค์ เพื่อการป้องกัน ค้นหาตั้งแต่แรกเริ่ม ควบคุม และปฏิบัติการรักษาโรค หรือปัญหาสุขภาพ เช่น การออกกฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนต่างๆ เป็นต้น โมเดลเชิงนิเวศวิทยา เป็นแนวคิดสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยดำเนินการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ 5 ระดับ ซึ่งต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายและดำเนินงานในระดับพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและสมบูรณ์

แบบสามารถนำมาใช้ทั้งการออกแบบเพื่ออธิบายพฤติกรรมและเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและปฏิบัติการ โมเดลเชิงนิเวศวิทยานี้มีฐานคิด ประกอบไปด้วย 1) พฤติกรรมถูกกำหนดโดยพหุปัจจัยในหลายระดับ 2) มีการปฏิสัมพันธ์กันในแต่ละระดับหรืออิทธิพลจากพหุปัจจัยเหล่านั้นยังมีผลต่อกันและกัน 3) ทฤษฎีจะต้องเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่ละชนิด และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้การจัดกระทำหลายระดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ของโมเดลเชิงนิเวศวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล¹²⁻¹⁸ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ปัจจัยระหว่างบุคคล¹⁹ ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักมีต่อผู้สูงอายุ ปัจจัยในระดับองค์กร¹² ได้แก่ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยในระดับนโยบาย²⁰ ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน ซึ่งควรนำมาพิจารณาในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่การศึกษาการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ การดำเนินการแก้ไข และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ไปจนถึงการสร้างองค์ความรู้ เพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้และการรับบริการ ด้านสุขภาพช่องปาก
2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักมีต่อผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การมี อสม. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทาน อาหารเพื่อป้องกันฟันผุ และการมี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน
4. ปัจจัยระดับชุมชน คือ สภาพแวดล้อมภายในชุมชน ได้แก่ การมีร้านค้าขายอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีร้านขายอาหารหวาน และมีการกระจายข่าวด้านสุขภาพช่องปาก
5. ปัจจัยระดับนโยบาย ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน

การมีฟันการใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอมือง จังหวัดตรัง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอมือง จังหวัดตรัง จำนวน 708 คน³

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอมือง จังหวัดตรัง จำนวน 245 คน โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนจากการทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน²¹ และกำหนดค่าสัดส่วนจากการทบทวนวรรณกรรม (P) เท่ากับ 0.412 ซึ่งเป็นค่าการมีฟันการ ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก ปีงบประมาณ 2566³ และผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไป เท่ากับ 25 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 270 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two stage sampling) โดยมีขั้นตอนในการสุ่ม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified random sampling) ตามจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยนํารายชื่อผู้สูงอายุทั้ง 6 หมู่บ้าน มากำหนดบัญชีหมายเลขตามรายชื่อ และกำหนดหาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง ได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 3 และคำนวณช่วงของการสุ่มตัวอย่างตามทะเบียนราษฎร์ โดยมีเกณฑ์การ

คัดเลือกเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ มีสัญชาติไทย มีฟันการอย่างน้อย 1 ซี่ และอาศัยอยู่ในตำบลบางรัก อำเภอมือง จังหวัดตรัง ขณะที่เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการรอยโรคในช่องปากอย่างเฉียบพลัน เช่น มีอาการปวด บวม หรือมีหนอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดัดแปลงพัฒนามาจาก Oral Health Survey Basic Methods 9th edition⁷ โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจสุขภาพช่องปาก คือ ชุดตรวจสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ของ WHO ได้แก่ Periodontal probe และ Plane mouth mirror โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสุขภาพช่องปาก และสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

2. แบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล มี 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนตาม

หลักการของ Bloom²² คือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก การแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Best²³ คือ ระดับต้องปรับปรุง (0 - 5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) และระดับสูง (8 - 10 คะแนน)

ตอนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของ Likert²⁴ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย ทศนคติเกี่ยวกับโรคในช่องปาก การแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนตามลำดับสำหรับข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Best²³ คือ ระดับต้องปรับปรุง (1.00 - 2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน) และระดับสูง (3.67 - 5.00 คะแนน)

ตอนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 25 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของ Likert²⁴ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3 - 4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลย (0 วัน/สัปดาห์) ประกอบด้วย พฤติกรรมการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร และการ

ตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนตามลำดับสำหรับข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Best²³ คือ ระดับต้องปรับปรุง (1.00 - 2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน) และระดับสูง (3.67 - 5.00 คะแนน)

ตอนที่ 5 การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่ประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย⁷ ประกอบด้วย ปัญหาในการรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยว ปัญหาในการพูดหรือออกเสียง และช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 6 การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่ประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินการรับบริการด้านสุขภาพช่องปากของการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย⁷ คือ ในรอบปีที่ผ่านมาเคยไปรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระหว่างบุคคล มีทั้งหมด 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ประเภทของครอบครัวและผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ประเภทของครอบครัวและผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีเกณฑ์การให้คะแนนตามหลักการของ Bloom²² โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 0 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และ



กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 - 1 คะแนนตามลำดับ สำหรับคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Best²³ คือ ระดับต้องปรับปรุง (0.00 - 0.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.34 - 0.66 คะแนน) และระดับสูง (0.67 - 1.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับองค์กร มีทั้งหมด 2 ตอน

ตอนที่ 1 การเข้าร่วมชมรม

ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เคย หรือไม่เคย คือ ใน 1 ปีที่ผ่านมาเป็นสมาชิกชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การสนับสนุนทาง

สังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มีหรือไม่มี ประกอบด้วย การมี อสม. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ และการมี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับชุมชน

คือ สภาพแวดล้อมภายในชุมชน จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มีหรือไม่มี ประกอบด้วย การมีร้านค้าขายอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีร้านขายอาหารหวาน และมีการกระจายข่าวด้านสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 5 ปัจจัยระดับนโยบาย

จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เคย หรือไม่เคย ประกอบด้วย การรู้จักโครงการฟันเทียมพระราชทาน และเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการปรับ

ค่ามาตรฐานผู้ประเมินสถานะสุขภาพช่องปาก

ผู้วิจัยได้ผ่านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเนื้อหาทางด้านวิชาการก่อนที่จะปรับค่ามาตรฐานจริงระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิกับผู้วิจัยแบบ Inter-examiner calibration ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.86 และผู้วิจัย

ดำเนินการปรับค่ามาตรฐานในตนเองแบบ Intra-examiner calibration ได้ Kappa เท่ากับ 0.94 และแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลควนปรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล ตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70 และตอนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70 ส่วนที่ 2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ตอนที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80 และส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับองค์กร ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรัก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ ดำเนินการปรับมาตรฐานของการตรวจประเมินสถานะสุขภาพช่องปาก และนำเครื่องมือการวิจัยที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจประเมินสถานะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยทีมผู้วิจัยเอง โดยระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 10 - 15 นาที/คน และตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องของแบบประเมินสถานะสุขภาพช่องปาก และแบบสัมภาษณ์ และนำมาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การพหุคูณสถิติกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เอกสารรับรองเลขที่ P028/2567 รับรองเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2567 - 2 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดในการอธิบายการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ และสถิติเชิงอนุมาน คือ

Simple binary logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุในตำบลบางรัก อำเภอมือ จังหวัดตรัง

ผลการวิจัย

สภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.74 มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ (n = 270)

ปัจจัยของโมเดล เชิงนิเวศวิทยา	กลุ่มตัวอย่าง		การมีฟันถาวรใช้งาน ได้น้อย 20 ซี่ และ มีคู่สบฟันหลังถาวร อย่างน้อย 4 คู่สบ		p- value	COR	95% CI COR	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			LL	UL
การมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ	83	30.74						
ปัจจัยระดับบุคคล								
เพศ								
ชาย	101	37.41	34	33.66	.42	1.24	.73	2.11
ผู้หญิง	169	62.59	49	28.99		Ref		
อายุ								
60 - 74 ปี	203	75.19	73	35.96	< .001	3.20**	1.54	6.65
75 ปีขึ้นไป	67	24.81	10	14.93		Ref		
Mean ± SD 70.66 ± 7.30 ปี, Min - Max = 60 - 97 ปี								
รายได้ (บาท/เดือน)								
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	203	75.19	55	27.09	.02	Ref		
มากกว่า 5,000	67	24.81	28	41.79		1.93*	1.09	3.44
Mean ± SD 5892.04 ± 9204.62 บาท, Min - Max 600 - 60,000 บาท								
โรคประจำตัว								
ไม่มี	74	27.41	20	27.03	.42	Ref		
มี	196	72.59	63	32.14		1.28	.71	2.32



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และมีคูสบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ (n = 270) (ต่อ)

ปัจจัยของโมเดล เชิงนิเวศวิทยา	กลุ่มตัวอย่าง		การมีฟันถาวรใช้งาน ได้น้อยกว่า 20 ซี่ และ มีคูสบฟันหลังถาวร อย่างน้อย 4 คู่สบ		p- value	COR	95% CI COR	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			LL	UL
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ระดับต้องปรับปรุง	58	21.48	15	25.86	.64	Ref		
ระดับปานกลาง	90	33.33	28	31.11		1.29	.62	2.71
ระดับสูง	122	45.19	40	32.79		1.40	.70	2.81
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ระดับปานกลาง	112	41.48	31	27.68	.36	Ref		
ระดับสูง	158	58.52	52	32.91		1.28	.75	2.18
ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก								
ระดับต้องปรับปรุง	211	78.15	63	29.86	.55	Ref		
และระดับปานกลาง								
ระดับสูง	59	21.85	20	33.90		1.20	.65	2.23
การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ปัญหาในการรับประทานหรือเคี้ยวอาหาร								
ไม่มีปัญหา	168	62.22	64	38.10	< .001	2.69**	1.49	4.84
มีปัญหา	102	37.78	19	18.63		Ref		
ปัญหาในการพูด หรือออกเสียง								
ไม่มีปัญหา	235	87.04	81	34.47	< .001	8.68**	2.03	37.09
มีปัญหา	35	12.96	2	5.71		Ref		
ปัญหาช่องปาก								
ไม่ตอบ/ไม่มีปัญหา	83	30.74	31	37.35	.12	1.55	.89	2.68
มีปัญหา	187	69.26	52	27.81		Ref		
การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยไปรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก								
ไม่เคย	159	58.89	49	30.82	.97	1.01	.60	1.71
เคย	111	41.11	34	30.63		Ref		
ปัจจัยระหว่างบุคคล								
ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ								
สามี/ภรรยา	59	21.85	18	30.51	.11	1.35	.66	2.75
ญาติพี่น้อง	27	10	7	25.93		1.08	.41	2.83
บุตร	106	39.26	26	24.53		Ref		
ดูแลตนเอง	78	28.89	32	41.03		2.14	1.14	4.03
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ (n = 192 คน)								
ระดับต้องปรับปรุง	87	45.31	21	24.42	.80	Ref		
ระดับปานกลาง	90	46.88	26	28.89		1.13	.32	3.91
ระดับสูง	15	7.81	4	26.67		1.26	.64	2.46

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ (n = 270) (ต่อ)

ปัจจัยของโมเดล เชิงนิเวศวิทยา	กลุ่มตัวอย่าง		การมีฟันถาวรใช้งาน ได้อย่างน้อย 20 ซี่ และ มีคู่สบฟันหลังถาวร อย่างน้อย 4 คู่สบ		p- value	COR	95% CI COR	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			LL	UL
ปัจจัยระดับสถาบัน/องค์กร								
การเข้าร่วมชมรมของผู้สูงอายุ ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเป็นสมาชิกชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ								
ไม่เป็น	228	84.44	67	29.39	.26	Ref		
เป็น	42	15.56	16	38.10		1.48	.75	2.93
การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก อสม. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ								
ไม่มี	198	73.33	54	27.27	.04	Ref		
มี	72	26.67	29	40.28		1.80*	1.02	3.17
มี อสม. มาให้ทันตสุขภาพที่บ้าน								
ไม่มี	195	72.22	53	27.18	.04	Ref		
มี	75	27.78	30	40.00		1.79*	1.02	3.13
ปัจจัยระดับชุมชน								
ภายในชุมชนมีร้านค้าขายอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ไม่มี	28	10.37	8	28.57	.79	Ref		
มี	242	89.63	75	30.99		1.12	.47	2.66
ภายในชุมชนมีร้านอาหารหวาน								
ไม่มี	247	91.48	75	30.36	.66	Ref		
มี	23	8.52	8	34.78		1.22	.50	3.01
ภายในชุมชนมีการกระจายข่าวสารด้านสุขภาพช่องปาก								
ไม่มี	190	70.37	57	30.00	.68	Ref		
มี	80	29.63	26	32.50		1.12	.64	1.97
ปัจจัยระดับนโยบาย								
รู้จักโครงการฟันเทียมพระราชทาน								
ไม่ทราบ	119	44.07	41	34.45	.24	1.36	.81	2.29
ทราบ	151	55.93	42	27.81		Ref		
เคยเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน								
ไม่เคยเข้าร่วม	264	97.78						
เคยเข้าร่วม	6	2.22						

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

ปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยาในการศึกษา
ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีสัดส่วนร้อยละ 62.59
และ 37.41 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

อยู่ที่ 70.66 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.30 ปี) โดยมี
อายุมากที่สุด 97 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี ทั้งนี้
กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.19 มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
สำหรับรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,892.04 บาท (ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 9,204.62 บาท) โดยรายได้สูงสุด 60,000 บาท และต่ำสุด 600 บาท ทั้งนี้ร้อยละ 75.19 มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 72.59 ของ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 45.19 อยู่ใน ระดับสูง ขณะที่ร้อยละ 58.52 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 78.15 อยู่ในระดับ ปานกลาง การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่ม ตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 62.22 ไม่มีปัญหาใน การรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 87.04 ไม่มีปัญหาในการพูดหรือออกเสียง และร้อยละ 69.26 รับรู้ว่าตนมีปัญหาช่องปาก ทั้งนี้การเข้ารับบริการ ด้านสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 41.11 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับบริการดังกล่าว การศึกษาปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 39.26) รองลงมา เป็นการดูแลตนเอง (ร้อยละ 28.89) และสามีหรือ ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 21.85) ทั้งนี้ร้อยละ 46.88 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งผู้ดูแลหลักดูแลกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน ระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยในระดับองค์กร พบว่า ร้อยละ 15.56 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ และร้อยละ 26.67 ได้รับการสนับสนุนจาก อสม. ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันฟันผุ รวมถึงร้อยละ 27.78 ที่มี อสม. มาให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่บ้าน ในส่วนของปัจจัย ระดับชุมชน พบว่า ร้อยละ 89.63 มีร้านค้าที่จำหน่าย อุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 8.52 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยในชุมชนที่มีร้านขายอาหารหวาน และร้อยละ 29.63 มีการกระจายข่าวด้านสุขภาพ ช่องปากในชุมชน และปัจจัยระดับนโยบาย แสดงให้ เห็นว่า ร้อยละ 55.93 ของกลุ่มตัวอย่างรู้จักโครงการ ฟันเทียมพระราชทาน อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 2.22 เท่านั้นที่เคยเข้าร่วมโครงการนี้ (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยของโมเดล เจริญเวชวิทยากับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ พบว่า ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติกับฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และ มีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ($p < .05$) คือ อายุ ($p < .001$) รายได้ ($p = .02$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากด้านการมีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือบดเคี้ยวอาหาร ($p < .001$) และการมีปัญหาใน การพูดหรือออกเสียง ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ต่ำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 - 74 ปี 3.20 เท่า (95% CI COR: 1.54 - 6.65) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมี คู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ สูงกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 1.93 เท่า (95% CI COR: 1.09 - 3.44) กลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยว อาหาร มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมี คู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 2.69 เท่าของ กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือบดเคี้ยวอาหาร (95% CI COR: 1.49 - 4.84) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาในการพูดหรือออกเสียง มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลัง ถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 8.68 เท่าของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาในการพูด หรือออกเสียง (95% CI COR: 2.03 - 37.09) และปัจจัยระดับองค์กรที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันถาวรใช้งานได น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ($p < .05$) คือ การสนับสนุนทางสังคมในการ ดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การมี อสม. มาให้คำแนะนำ เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ ($p = .04$) และการมี อสม. มาให้ทันตสุขภาพที่บ้าน ($p = .04$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี อสม. มาให้คำแนะนำเรื่อง

การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 1.80 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอสม. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ (95% CI COR: 1.02 - 3.17) และกลุ่มตัวอย่างที่มี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 1.79 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน (95% CI COR: 1.02 - 3.13) และไม่พบตัวแปรของปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่และคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบสูงกว่ารายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จังหวัดตรัง⁷ แต่ต่ำกว่ารายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย⁸ ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ระดับภาคใต้ และของประเทศ ร้อยละ (30.74, 25.30, 38.40, 33.50 และ 43 ตามลำดับ) ดังนั้นการศึกษาการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และจำนวนคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงแนวโน้มสถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนในการดำเนินการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ

ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ

($p < .05$) คือ อายุ รายได้ และการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการมีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยวอาหาร และการมีปัญหาในการพูดหรือออกเสียง

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ในสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 - 74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย⁸ ที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นก็จะพบการสูญเสียฟันเพิ่มมากขึ้น และแตกต่างกับผลการศึกษาของ สุธาสินี สมานชาติ¹³ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีจำนวนฟันถาวรและจำนวนคู่สบมากกว่าผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ 1.93 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท (COR = 1.93, 95% CI COR: 1.09 - 3.44, $p = .02$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกกร โพธิ์ศรี และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์¹⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับความต้องการมีโอกาเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเป็น 4.42 เท่า (OR = 4.42, 95% CI = 1.02 - 26.34) ของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ และแตกต่างกับผลการศึกษาของ สุธาสินี สมานชาติ¹³ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือบดเคี้ยวอาหารมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบสูงกว่า 2.69 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร หรือบดเคี้ยวอาหาร (COR = 2.69, 95% CI COR: 2.03 - 37.09,



$p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย⁸ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือบดเคี้ยวอันเนื่องมาจากฟันหลุดร่วงไปตามอายุที่มากขึ้น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวอาหาร หรือความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อสำหรับการเคี้ยวอาหาร ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาในการพูด หรือออกเสียง มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบสูงกว่า 8.68 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการพูด หรือออกเสียง ($COR = 8.68$, 95% CI $COR: 2.03 - 37.09$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ Karen, George, & Etoile²⁵ ที่กล่าวว่า การออกเสียงในบางคำจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างฟันลิ้น และริมฝีปาก ฟันมีส่วนช่วยในการควบคุมและปรับการไหลของลมระหว่างการสร้างเสียง หากฟันหายไปหรือมีปัญหาฟันสบ การออกเสียงเหล่านี้อาจไม่ชัดเจนหรือเกิดความผิดพลาดได้ และฟันมีบทบาทในการรักษาโครงสร้างของช่องปาก การมีฟันครบหรือการมีการสบฟันที่เหมาะสมจะช่วยให้โครงสร้างของปากยังคงความสมดุล ทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในการพูดทำงานได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการสูญเสียฟัน หรือฟันที่ไม่สบกันอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวของลิ้น และริมฝีปาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการออกเสียงที่ชัดเจน จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากการสูญเสียฟัน หรือสูญเสียคู่สบมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีปัญหาด้านบดเคี้ยวมักจะมีปัญหาในการพูดและการสื่อสาร ส่งผลให้มีความมั่นใจในการเข้าสังคมลดลง

ปัจจัยระดับองค์กรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ ($p < .05$) คือ การมี อสม. มาให้คำแนะนำ

เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ และการมี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มี อสม. มาให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 1.80 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี อสม. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันฟันผุ (95% CI $COR: 1.02 - 3.17$, $p = .04$) และกลุ่มตัวอย่างที่มี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังถาวรอย่างน้อย 4 คู่สบ 1.79 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี อสม. มาให้ทันตสุขศึกษาที่บ้าน (95% CI $COR: 1.02 - 3.13$, $p = .04$) เนื่องจาก อสม. มักจะทำหน้าที่ติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในระยะยาว ดังนั้น การที่ อสม. ไปให้ทันตสุขศึกษาที่บ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพฟันที่ดีกว่าและสามารถรักษาฟันถาวร และคู่สบฟันหลังถาวรได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจัยระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนก่อนเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ เนื่องจากประชาชนควรได้รับการรักษาทางทันตกรรมตั้งแต่เริ่มต้นมีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก เพื่อลดการสูญเสียฟัน ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรมด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งในฟันธรรมชาติและฟันเทียมเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยระหว่างบุคคล ควรส่งเสริมและสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และส่งเสริม

ให้ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

ปัจจัยองค์กร ควรประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุโดยผ่านทาง อสม. เพื่อที่จะส่งเสริมให้ อสม. ลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพช่องปากเบื้องต้น และให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

ปัจจัยระดับชุมชน ควรส่งเสริมให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยระดับนโยบาย อสม. ทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข ควรประชาสัมพันธ์และ

รณรงค์เกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทานให้แก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงภายในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทานที่จัดขึ้น เพื่อแก้ปัญหาให้แก่ประชาชนที่สูญเสียฟันธรรมชาติได้รับฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) อายุระหว่าง 45 - 59 ปี เพื่อศึกษาและหาสาเหตุเพิ่มเติมเกี่ยวกับด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนก่อนเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุ
2. ควรนำเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาและค้นหาคำตอบเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของการมีหรือไม่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Thai elderly statistics [Internet]. Department of Older Persons; 2023 [cited 2024 January 23]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/2449>. (in Thai).
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Population projections for Thailand 2010-2040 (revised edition). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai).
3. Trang Provincial Public Health Office. Health Data Center (HDC) [Internet]. [cited 2024 January 23]. Available from: <https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai).
4. Razak PA, Richard KJ, Thankachan RP, Abdule Hafiz KA, Kumar KN, Sameer K. Geriatric oral health: a review article. J Int Oral Health 2014;6(6):110-6.
5. Lamubul A. Oral health problems in the elderly. [Internet]. [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/geriatric-oral-health>. (in Thai).
6. Bureau of Dental Health, Department of Health. The 8th Thailand national oral health survey report 2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2018. (in Thai).

7. Bureau of Dental Health, Department of Health. The 9th Thailand national oral health survey report 2023. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2024. (in Thai).
8. Dental Public Health Division, Trang Provincial Public Health Office. Trang provincial oral health survey report 2022-2023. Trang: Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai).
9. Roysakul M, Pitapornchaiyakul S, Thearmontree A. Oral health status and its relationship between oral hygiene care and natural teeth condition of homebound elderly. J Dent Assoc Thai 2019;69(1):19-28. (in Thai).
10. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q 1988;15(4):351-77.
11. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Manual for oral health and risk factors survey (for oral health surveillance). [Internet]. [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=97266&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=29280. (in Thai).
12. Namontree O, Tiangthum T, Piromjit S, Chompootas S, Pholor N. Prevalence and factors associated with tooth loss among elderly in Nam Phong district, Khon Kaen province. TDNJ 2023;34(2):14-25. (in Thai).
13. Samanchat S. Oral health care behaviors and oral health status of elderly receiving dental services at Municipal Hospital, Saraburi Hospital Branch [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Thammasat University; 2020. (in Thai).
14. Natun P, Suggaravetsiri P. Factors related to dental caries in type 2 diabetic patients in Muang district, Khon Kaen province. TDNJ 2012;23(2):6-19. (in Thai).
15. Posri K, Weteewutajarn K. Factors associated with tooth loss among elderly aged 60-74 years in municipal and non-municipal areas of Khon Kaen province. TDNJ 2015;26(2):73-86. (in Thai).
16. Singtha K, Reaunpunyo S, Pangsi M, Rattanapunya S. Behaviors associated with tooth loss among elderly in Khuang Pao sub-district, Chom Thong district, Chiang Mai province. Lanna Public Health Journal 2020;16(1):46-56. (in Thai).
17. Kunawisrut S, Juankrachang C, Taweephon P. Oral health care behaviors and posterior occluding pairs among elderly in Don Chedi district, Suphan Buri province. Journal of Public Health and Innovation 2021;1(2):1-13. (in Thai).
18. Gururatana O, Vechavithree W, Ekpatcha N. Factors affecting oral health of Thai elderly. Health Sci J Thai 2022;4(1):86-97. (in Thai).
19. Kittiteeranun M. Factors associated with oral health care of bedridden elderly by caregivers in Watchaburee District, Roi Et Province. Journal of Research and Health Innovative Development 2021;2(2):69-79. (in Thai).



20. Chaosuansereechai KR, Kluabklai P, Prasert L. Factors Predicting Dental Health Care Behaviors among Elderly in Royal Denture Project, Trang province. Journal of Southern College of Nursing and Public Health Network 2018;5(3):152-68. (in Thai).
21. Daniel WW. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences. New York: John Wiley & Sons; 2010.
22. Bloom BS. Taxonomy of education objective handbook. New York: David McKay Company; 1975.
23. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
24. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967. p. 90-5.
25. Leavy KM, Cisneros GJ, LeBlanc EM. Malocclusion and its relationship to speech sound production: redefining the effect of malocclusal traits on sound production. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2016;150(1):116-23.



Cultural Adaptation in the U.S.: A Case Study of a Thai Naval Attaché's Cross-Cultural Experiences

Jovelyn Jundante Camacho,* Wannapa Trakulkasemsuk**

* Student in Master of Arts Program (English for Professional and International Communication),
School of Liberal Arts, King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok

** School of Liberal Arts, King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok

* Corresponding Author: jovelyn.jund@kmutt.ac.th

Abstract

In an era of increased global mobility, understanding effective cultural adaptation processes has become essential in various fields, including the military. Thai naval attachés, like other foreign diplomats, must build and maintain relationships with individuals who often have diverse beliefs, practices, and cultural attitudes. This requires a high level of sensitivity, adaptability, and strong communication skills in order to navigate their roles effectively. This study, grounded in a narrative inquiry approach, aimed to examine the linguistic and cultural challenges encountered by a Thai naval attaché while navigating his social and professional life in the United States. Additionally, it sought to identify the strategies employed to bridge cultural differences and facilitate successful integration into the host environment. A semi-structured interview was utilized to capture the attaché's narratives, which were then analyzed using content analysis consisting of four stages: *compilation, decontextualization, recontextualization, and categorization*.

The findings revealed that cross-cultural adaptation is a complex and ongoing process. It involves overcoming challenges such as societal divides, language barriers, racial discrimination, and unfamiliar social norms. This process requires an open mind, a proactive approach to bridging cultural differences, and a commitment to continuous learning through cultural immersion. Additionally, cultural adaptation does not necessitate full assimilation but rather calls for a balance between maintaining one's cultural identity while embracing aspects of the host culture. The findings also underlined the importance of cultural knowledge, adaptability, as well as the need to challenge cultural stereotypes. This study provides valuable insights for individuals and training institutions engaged in global interactions by offering guidance and developing more effective strategies for adaptation and fostering meaningful interactions in diverse environments.

Keywords: cultural adaptation, Thai naval attaché, cross-cultural experiences

Received: May 29, 2025; Revised: July 25, 2025; Accepted: August 10, 2025

Background and Significance of the Study

Global migration has accelerated rapidly in recent decades, making the world increasingly interconnected and diversified. Currently, an estimated 281 million individuals live outside their country of origin¹, emphasizing the crucial need to understand cultural adaptation. This is especially vital for naval attachés who undertake diplomatic missions abroad. A military attaché is an officer who has been nominated by his nation to serve in its diplomatic legation abroad². They facilitate bilateral military activities, build networks among international military attachés, and gather strategic military information relevant to their nation's defense policies. Thai naval attachés are typically stationed at an embassy, and act as military advisors to the ambassadors or chiefs of the mission in the host country.

Currently, the Royal Thai Navy operates 18 naval attaché offices worldwide, located in Washington, D.C., London, Singapore, New Delhi, Madrid, Rome, Paris, Kuala Lumpur, Canberra, Beijing, Manila, Tokyo, Hanoi, Phnom Penh, Jakarta, Yangon, Berlin, and Moscow. The larger the host nation's military, the more military attachés it has³. For example, at the U.S. Embassy in Washington D.C., the Royal Thai Embassy is represented by a Defense and Military Attaché, a Naval Attaché, and an Air Attaché. The role of attachés comes with the honor of representing one's nation, but it also presents significant challenges. The nature of their assignment involves immersion in diverse cultural environments, requiring attachés to engage with individuals from different linguistic, religious, socioeconomic, and cultural backgrounds. However, when confronted with a new cultural environment steeped in unfamiliar customs, norms, and behavioral patterns, people have to learn to adjust or change in accordance with these environmental demands⁴.

Research has found that immigrants typically prefer to integrate into their new environment, such that they develop material and emotional connections to the host society while still maintaining ties to their home culture⁴. In contrast, other research suggests that for a sojourner to be culturally and communicatively competent, they must adopt the culture of the dominant group, and the person must abandon affiliation with the cultural patterns that have shaped who they are and what they are, in order to advance in their evolutionary development⁵. While integration allows individuals to maintain their cultural distinctiveness and engaging meaningfully with the host society⁴, assimilation involves abandoning one's original cultural identity in favor of full alignment with the host culture, reflecting a state of maximum possible convergence of strangers' internal and external conditions to those of the natives⁶. The ongoing debate between integration and assimilation in the context of cultural adaptation reveals deeper insights into how individuals navigate and merge multiple cultural identities. Provided that integration experiences shape immigrants' life outcomes and that integration is critical to the maintenance of a prosperous, diverse, and socially cohesive society, it is important to

understand why some individuals are more likely to be in conflict with host nationals while others enjoy harmonious interactions⁷.

Moreover, the use of the English language in intercultural interactions plays a significant role in cultural adaptation. As a global lingua franca, it facilitates individuals to adapt to new environments by modifying their language use, adopting specific linguistic forms, vocabulary, or accents to align with host culture expectations. This adaptability, including strategies like simplifying speech, using non-verbal cues, or code-switching, reflects the principles of Communication Accommodation Theory (CAT), which suggests that individuals adjust their communication behaviors to accommodate others' cultural and social contexts⁸. This approach creates a space for cultural convergence, where both parties align their language for seamless interactions, while speakers retain distinct linguistic markers as part of their identity.

In the broader context of global communication, the concept of *World Englishes*⁹ highlights the diversity of English usage across different regions and cultural groups. Variations in language use, including expressions of politeness and word choice, reflect cultural norms and social identity¹⁰. These variations are a reflection of the dynamic interplay between language and culture, where speakers may adapt their English to express their local identities while still participating in global communication. However, individuals may face challenges such as linguistic discrimination or stereotyping, where their accents or language choices influence how their identity is perceived by others. Research has shown that speakers with certain regional or non-standard accents are often unfairly associated with negative perceptions of competence and credibility¹¹. Such biases can result in social exclusion and inequality in professional or educational opportunities. Addressing these issues demands resilience and adaptive strategies to negotiate their identities effectively, particularly in intercultural settings.

The core of successful diplomacy lies in understanding the cultural dynamics of the country in which a diplomat is posted. Individuals who demonstrate open-mindedness and a readiness to immerse themselves in the local culture and learn from peers are more likely to respond positively to intercultural challenges¹². Engaging fully and without bias in new experiences further enhances effective learning¹³. Ultimately, cross-cultural awareness—defined as the ability to see a culture from the perspective of an insider—enhances a diplomat's ability to communicate effectively, reduces uncertainty, and fosters trust in intercultural exchanges¹⁴. Thus, effective intercultural communication is indispensable in diplomacy. It not only enables diplomats to navigate the complexities of cross-cultural interactions but also helps mitigate stress, manage uncertainty, and enhance diplomatic outcomes.

Objectives

While extensive research has been conducted on cultural adaptation, studies focusing on military attachés remain limited. Much of the existing literature centers on the adaptation of expatriates, students, educators, and corporate professionals, often overlooking the unique challenges faced by attachés operating within rigid institutional structures. This case study examined the cross-cultural experiences of a Thai naval attaché assigned to the U.S. It demonstrated how he balanced personal adaptation with his official roles, conforming to both his home country's military traditions and cultural expectations of the host nation. Specifically, this study aimed to:

1. Examine the linguistic and cultural challenges encountered by a Thai naval attaché while navigating social and professional life in the U.S.
2. Identify the strategies employed by a Thai naval attaché to bridge cultural differences and successfully integrate into the host environment.

The insights drawn from this inquiry may be beneficial for the Royal Thai Navy and other military services in enhancing training programs to equip officers not only with language proficiency but also with intercultural communication competence. This preparation would enable them to navigate multilingual and multicultural environments to foster smoother adaptation into foreign environments. Furthermore, the findings could assist individuals who engage in international settings, whether for professional, educational, or sociocultural reasons, by providing strategies and helping them develop the skills needed to adjust to varying cultural norms and practices and to improve their overall cross-cultural adaptability.

Methods

Participant

In this study, purposive sampling was utilized to ensure that the participant's experiences aligned with the research objectives and goals¹⁵. The participant in this study, whose pseudonym is Captain Andrew was selected based on the study's inclusion criteria. He met the specified qualifications and had no prior interaction or familiarity with the researcher. Although this study only includes one participant, which may restrict the generalizability of the findings, his inclusion renders valuable information with regard to cultural adaptation and cross-cultural encounters. Initial contact was facilitated through a colleague, after which communication was conducted via email and LINE to provide detailed information about the study and obtain his voluntary informed consent. At the time of data collection, Captain Andrew, a Thai naval attaché in his mid-50s, had just completed a 3-year posting in Washington, D.C., and returned to Thailand. This timing was particularly relevant as it enabled him to reflect on his entire

cross-cultural experiences and recall fresh narratives of his time abroad. Prior to his deployment, he had also spent two and a half years in the U.S. while completing his flight training in Florida. His early exposure to American language and culture played a significant role in shaping his ability to navigate cultural differences.

Ethical Considerations

This study adhered to the ethical guidelines set by the King Mongkut's University of Technology Thonburi Institutional Review Board (IRB), with approval number KMUTT-IRB-COE-2023-170. The approval was obtained before any data collection took place. The participant was fully informed about the study's objectives, procedures, and rights, including the scope of participation and the freedom to withdraw at any time. Informed consent was secured to ensure voluntary participation, confidentiality, and ethical integrity throughout the process.

Data Collection

An in-depth semi-structured interview, framed through a narrative lens, was utilized to extract Captain Andrew's stories, allowing an in-depth examination of how he made sense of his intercultural experiences¹⁶. The interview was conducted face-to-face in the lobby of the Royal Thai Navy headquarters, and careful consideration was taken to choose quiet, comfortable areas that facilitated a comprehensive examination of his experiences. Open-ended questions were employed as they allowed the participant the freedom to express and articulate his opinions, which yielded rich, relevant data and ensured clarity and mutual understanding¹⁷. Inquiries focused on his trainings, preparations and cultural experiences before, during, and after deployment. The inclusion of follow-up questions also facilitated greater depth of investigation, clarifications, and the acquisition of additional knowledge about his experiences. The interview was structured into three phases. The first phase (*preparation*) focused on building a rapport with the participant, restating the goals of the study, and explaining the interview procedure to ensure clarity and mutual understanding. During the second phase (*narration*), the participant freely shared his experiences in response to open-ended prompts. Active listening was demonstrated to help the participant feel acknowledged while ensuring the narrative remained participant-driven. Finally, the third phase (*conversation*) consisted of an interactive dialogue, engaging in follow up questions based on participant's responses. The interview lasted approximately one and a half hours and was audio-recorded and transcribed verbatim.

Data Analysis

To explore Captain Andrew's cross-cultural experiences, content analysis was employed as the primary methodological framework, which enabled systematic, replicable, and valid inferences from textual data within its context of use¹⁸. The analysis comprised four stages:

decontextualization, recontextualization, categorization, and compilation¹⁹. Each stage was recursive, requiring several repetitions to ensure analytical quality and validity. The first stage (*decontextualization*), involved immersion in the transcripts to make initial sense of his story. The data were sorted into categories and patterns to identify essential concepts. A coding list was then used to minimize cognitive bias in order to secure reliability. The second stage (*recontextualization*), ensured that all aspects of the content aligned with the aims of the study. The data were reread alongside the final list of meaning units, excluding unnecessary content in order to focus solely on information pertinent to the research questions. The third stage (*categorization*), involved condensing of extended meaning units by reducing word count without losing essential content. Themes and categories were then identified and refined into broader categories and sub-themes for latent analysis. In the final stage (*compilation*), data analysis and writing began after the categories were established. Participant validation was also conducted to ensure the findings accurately reflected his perspective.

Results

Captain Andrew was posted as a naval attaché in Washington, D.C. Like other attachés, he received language and cultural training from the Naval Intelligence Department and other pertinent agencies prior to his assignment. He had previously studied and lived in Florida, but had never been to Washington, D.C. The findings are divided into two parts: (1) challenges, which constitute language, communication, and cultural adaptation challenges; and (2) cultural adaptation strategies, which include bridging language and communication gaps and bridging cultural differences.

Challenges in Language and Communication

Captain Andrew's linguistic challenges began even before his post. Reflecting on his previous experience as a flight student in Florida, he recalled the substantial adjustments required to communicate with his American and foreign peers.

“At the beginning, it's very tough for me because I think all the Thai students, we learn all the grammar, reading and writing, but for the speaking, I think almost 10% or 7% chance... We only speak to our teacher in the class.”

Since he lacked frequent exposure to conversational English in his home country, he felt the need to put in extra effort to improve his language skills, particularly in spoken communication.

“We have Thai dialect, so it sticks to our tongue when we speak English. It's not natural like native American. I think it helped me a lot to adjust coz from morning till the night, I have to use only English, English, English all the time, so you have to adjust yourself.”

Aside from linguistic proficiency, Captain Andrew struggled with regional accents and different attitudes. He observed that certain people were less accommodating to visitors, particularly in rural areas.

“Some people, not everybody, you call like uh, redneck. They try to ignore everything that you said because they didn’t like foreigner, especially in the southern part of America, especially Texas, they have different perspective of the foreigner. Sometimes, you feel that they not try to cooperate, not try to understand you when you speak.”

He further explained that in the countryside, people often communicate using their own dialects. He believed that some locals had little exposure to people from other countries, making communication more challenging.

“If you go to the countryside, they speak their own dialect. Texas, they have their own dialect... maybe because they only stay in one place. I mean stay only in Texas, so they understand only the Americans, but some foreigners that speak English as a second language, it’s very difficult for them to understand.”

He also realized that certain Thai-accented pronunciations were not easily understood, requiring him to adjust the way he spoke.

“Most of the time, we understand what they said. But when you speak back to them, sometimes they didn’t understand. So, we have to act or pretend like American. If you speak ‘Owantine’ in American, nobody can understand what you would like to order. You have to make a sound ‘Ovaltine’ so they understand.”

Another word he frequently mispronounced was “shrimp,” which caused him embarrassment and frustration.

“Back then, I speak ‘shrump’ all the time but the correct pronunciation is ‘shrimp’. Every time that I speak the word shrimp, I speak it wrong, different pronunciation, but they know that you speak it wrong all the time, you get embarrassment of yourself.”

Pronunciation challenges were further complicated by tonal distinctions between Thai and English. He stated that he found it challenging to sound natural when speaking English because Thai has a more consistent tone, whereas English has a range of intonations.

“The sound of English, they have like a note, they have high and low tones but the sound of Thai very flat when speak English unlike other country like India or Philippines.”

Captain Andrew's communication and language challenges demonstrate the complexities of adjusting to a new linguistic culture. Regional accents, local dialects, and variations in communication styles across his interactions all contributed to the challenges he encountered. This required him to adapt and navigate his communication strategies in order to bridge gaps effectively.

Challenges in Cultural Adaptation

In addition to his struggles with language, Captain Andrew experienced cultural challenges that hindered his adaptation. One of the most challenging aspects of his adaptation was being misidentified as Chinese during the COVID-19 pandemic, which resulted in racial discrimination.

“My face doesn’t look Thai, look very Chinese. During the COVID, they have very bad impression about Chinese. When I walk on the street, I get a lot of “Go back to your country!” because they think that I’m Chinese. I just ignore them and walk by.”

For him, it was best to ignore the situation, reflecting that Americans’ resentment was likely fueled by the hardships that many Americans went through during the pandemic, including job losses and the emotional toll of the situation. However, these encounters demonstrated the racial prejudices that hindered his ability to adapt to the society. Similarly, he pointed out that living downtown also presented challenges caused by varying behaviors. He believed that the environment shaped people’s attitudes. While Washington, D.C. was manageable, his experience in cities such as New York, particularly downtown, was different. His son also had a negative encounter with some locals.

“My son travel to New York City. One bad guy, they just hand the CD, so my son thought it’s free. So, when he took it, he asked for the money. He said ‘it’s my CD! It’s my performance!’ So, my son tried to give it back. They not accept it, only want money, money!” So, I just give him the money that he want. It’s not much but sometimes, it irritate you. They took advantage because my son didn’t understand.”

Moreover, Captain Andrew observed major differences in how Americans and Thais interact socially. Thais value politeness and indirect communication, whereas Americans tend to become more direct and assertive.

“When somebody did something wrong, American, they very straightforward. They just say, ‘Hey, I think you were not supposed to do that!’ Thai people not feel comfortable to speak strange. When you did something wrong, Thais just ignore or stay away from them, doesn’t want to look at you. But American people, they will tell you right away.”

This directness made him feel uncomfortable because he was used to a more reserved nature of Thais. In order to adapt to the American norm, he had to modify his conversational approach and become accustomed to their direct communication style. He also observed differences in hierarchy and authority, where strong respect for seniority and rank is deeply fostered in Thai culture, in contrast to the more informal interactions between military personnel in the U.S.

Another significant difference he noticed was the American sense of independence, specifically the culture of leaving the family, which contrasted with Thai society’s strong familial bonds.

“It’s their culture when they like 18 or when they go to college, they gonna leave the house and they explore themselves in the new world. Compared to Thailand, we stick to our family all the time. That’s one thing I didn’t like about the Americans.”

Similarly, he admitted that he disliked the lack of respect for elders especially when compared to his culture’s deeper respect for them. He emphasized his preference for maintaining this value along with the tradition of familial unity.

“I think sometimes they don’t care each other. I think in Asian style, we respect elders but Americans, they not respect elders. When they speak to elders, they speak like they speak to your friend, but in Thai, we have the way to speak with the older, with the younger, and I think we respect elder than the Americans.”

Furthermore, Captain Andrew observed that people in the U.S. tended to form social groups based on shared racial and ethnic backgrounds, making it more difficult for foreigners to adapt. This pattern of social grouping emerged in a variety of settings, including workplaces, schools, and casual interactions.

“My son is a newcomer. The only friend that he could connect with is only the Asian friend. The friend of my son is from Japan, from Korea or from Asia. They only stick together, the Asian people. White American, they also stick together. The black American, they stick together, Asian, Latino, this kind of thing.”

Captain Andrew additionally learned that racial divisions extended into employment and institutional systems. He mentioned that hiring practices sometimes take race into account, requiring quotas for specific racial groups, such as Black and Latino employees. This led some individuals to imitate the characteristics of these groups in order to obtain an advantage.

“I think it’s not fair for all ethnics. I think you should compete to yourself; you should try to prove yourself that you are good enough for the kind of job, not use your ethnic or races, because I’m black, I have the advantage more than other people. This kind of thing happen a lot in the US. They have quota for black people, quota for Latino. But in Thailand, we don’t have that kind of quota we treat everybody the same.”

His observations of racial disparities, from his student years to his role as a naval attaché, emphasized the challenges of adaptation. Cultural differences, communication styles, workplace conventions, linguistic difficulties, and discrimination interfered with his adaptation. These factors required continuous adjustment in both social and professional settings.

Strategies for Bridging Language and Communication Gaps

Captain Andrew utilized several techniques to overcome language and communication challenges. He executed full immersion in interactions since he recognized that constant exposure was essential to enhancing his spoken communication.



“It’s part of my job to communicate with all the people. I try to adapt myself to blend in with the society. You have to try to speak English as much as you can with the Americans, with your friends, even though sometimes they may not understand but every time that you speak more, you get more experience.”

He made a conscious effort to improve his communication competency through structured learning, emphasizing vocabulary expansion and refining pronunciation. However, he placed more emphasis on speaking freely and efficiently instead of being overly cautious with grammar.

“I think grammar is a big deal but when I was in the US, nobody cares. If you can communicate with them, they try to understand you because they know that you are not a native American, you’re a foreigner. So, even though you speak like wrong grammar or anything, they try to understand you.”

He also noticed that Americans would modify the pace of their speech when conversing with him, just like he did when speaking to them. This illustrated the efforts made by both parties during conversations. However, confusion often persisted which required him to actively demonstrate skills in clarifying and understanding.

“If I don’t understand them, I just say ‘Pardon’ or ‘Sorry, can you say that again?’ If I don’t understand, so second time, they would speak slowly. We try to understand each other. Some country speak English very hard to understand and their dialect like in South Africa. When he communicates, I try to listen carefully and I speak back to them very slow and precise, so it’s very easy for me to communicate with them.”

Furthermore, he emphasized the significance of active listening in understanding people’s perspectives, since it enabled him to gauge his responses accordingly. This approach is essential not only for comprehending verbal messages but also for interpreting non-verbal cues, which were necessary for bridging communication gaps.

“If you listen more, you can get what kind of perception that they have. So, you can adjust the situation or adjust what think.”

Likewise, he acknowledged the shortcomings in his language abilities, but he regarded his mistakes and experiences as learning opportunities and to strive for continuous improvement. He also underlined the importance of consistent practice and careful preparation in accomplishing successful communication.

“I think practice, practice, and practice! I just speak to myself. If I have the meeting, I have to prepare. I have a draft of what I’m gonna say, because I don’t speak naturally sometimes. My brain is very slow from translate Thai to English and to speak to them. So, I just have to prepare for the meeting.”

As a whole, not only did language training and structured learning help him, but also preparation, active listening, understanding non-verbal cues, and most especially full immersion in the local environment. Through consistent effort and self-reflection, he effectively bridged language and communication gaps to better navigate challenges.

Strategies for Bridging Cultural Differences

For Captain Andrew, dealing with cultural differences was relatively easier due to his past experience as a student in the U.S. His familiarity with American culture facilitated a smoother adaptation. However, he underlined that cultural experiences vary across different locations, so whenever he travels outside of his country, he recalls the saying, “Do as the Romans do.” This indicated that when visiting a foreign country, one should adapt to the local customs and traditions.

“From my opinion, I think I try to adapt to them because I come to their country, like ‘Do as the Romans do,’ as they say. So, I try to adapt, adjust myself to blend in with them, with the society. Try to have common interest with them, so you have things to say and things to connect with them in the future.”

He further stated that visiting various places brought him a deeper awareness of cultural differences and a better understanding of other people's ways of life.

“When you have time to travel outside the city, I think it's time you learn a new experience. When you go to different places, you look at how they live, you observe and you try to understand what they do, what they think, something like that, so you can adjust yourself to blend in with different society, different parts of the U.S.”

In order to build relationships and better understand American culture, Captain Andrew participated in social activities and engaged with locals. He learned that accepting invitations and attending gatherings helped him foster a sense of belonging and develop meaningful connections.

“If some of my classmates, American friends invited me to join the party or hang out with them, or during the night, every time someone invited me, I would join them. I try to have experience also in the nightlife and I try to blend in with the society.”

Likewise, he encouraged his son to participate in school clubs to connect with friends and to facilitate adaptation.

“I ask him to join a club in school, so the more they practice with all the American friends because they have common interest to connect easily than in a class.”

In a similar vein, he noted that finding common interest with other officers, such as engaging in sports or hobbies is an effective strategy to help build rapport and strengthen connections. These activities are beneficial, particularly when working overseas, where it can

be challenging to make friends. It offers opportunities to bond, create friendships, facilitate information exchange, and ultimately earn the trust of people while assisting effectiveness in handling responsibilities.

“You have to be friendly with the people. You have to have sport that you can play with each other like golf, tennis, any kind of sport. It’s very good for you to have some common interest with the other people through sport or hobby.”

Another essential aspect is fostering relationships through cultural exchange, and food can serve as a meaningful way to create connections.

“Sometimes, I invited some of my friends that I would like to know better to have Thai dinner at my place. We call like uh ‘soft power.’ When you ask them to have Thai dinner at my home, they all accepted. Nobody rejected because of the food.”

Soft power involves positive attractiveness to build networks and establish relationships through engagement and communication. Captain Andrew embodied this approach by hosting gatherings for fellow attachés, which allowed them to experience his culture through authentic Thai cuisine. These interactions enhanced mutual understanding and intercultural relations.

Alongside developing connections through cultural exchange, Captain Andrew needed to bridge cultural gaps by understanding political ideals in the U.S. and appreciating gender equality. He supported the American principle that jobs should be based on abilities, not gender.

“I think it’s their choice, their body, their mind, their thought. What you wanna be is your choice. If I have an LGBTQ workmate, I have no problem. Even in the military, even though they are in the uniform, if they behave themselves in the good manner with the discipline of the military code of conduct, I think I won’t have any problem at all.”

In an environment where values and norms differed, Captain Andrew remained open-minded and adaptable. Even though some aspects of the American culture were initially uncomfortable, he eventually came to appreciate these distinctions, embraced new experiences and adjusted his communication style to interact more effectively. At the same time, he preserved his Thai heritage while simultaneously integrating into American society. Through these strategies, he deepened his cultural understanding and built meaningful connections in both social and professional settings.

Discussion and Recommendations

The study's findings provide significant insights into the complex challenges of cultural adaptation, such as variations in language, communication patterns, and cultural norms. The narrative of Captain Andrew demonstrates a clear contrast between his deeply-rooted Thai values and the communication norms that are prevalent in the U.S. Given that he comes

from a collectivistic culture with a strong emphasis on hierarchy, he perceived Americans' directness as a manner of confrontation and a lack of courtesy toward elders and seniority, reflecting the difference between Thailand's collectivistic, high-power-distance culture and the U.S.'s individualistic, low-power-distance society²⁰. His discomfort with direct communication further reflects the distinctions between high- and low-context cultures. In American culture, people tend to be more direct and explicit, while in Thailand, communication is often more indirect and rooted in politeness²¹. These differences can sometimes lead to misunderstandings, emphasizing the importance of cultural awareness in cross-cultural interactions. Successful adaptation means recognizing and understanding these differences rather than interpreting them based on one's own cultural lens.

Furthermore, while Captain Andrew's proficiency facilitated functional communication, effective cultural adaptation necessitates knowledge of different varieties of English. His interactions demonstrate the notion of *World Englishes*, implying that English exists in varying forms across different groups²². As a result, this study underscores the limitations of viewing English as a uniform medium of communication, as regional variations can act as barriers, particularly in contexts where interlocutors have limited exposure to non-native accents. Recognizing these differences is essential for fostering clearer communication and reducing misunderstanding in cross-cultural settings.

Nevertheless, it was apparent that Captain Andrew operated various skills to manage accent-related misunderstandings, including word simplification, adjusting speech pace, emphasizing enunciation, and asking questions for clarifications. These strategies illustrate that when English is utilized as a lingua franca (ELF), individuals adapt to various English varieties, engaging in mutual negotiation and accommodation to communicate effectively²³. On the other hand, his experience of encountering people who seemed unwilling to adjust their speech patterns or accommodate foreigners demonstrates how ethnolinguistic identity can sometimes reinforce social distance. Accents, particularly those perceived as non-native, can lead to unfair treatment which affects many areas of a person's life, including integration into the host culture²⁴. In light of these challenges, it is recommended that individuals visiting areas with limited exposure to non-native English varieties make conscious efforts to adjust their speech. Mutual understanding can be enhanced through flexibility and empathy in communication.

In addition to language and communication challenges, racial discrimination had a substantial impact on adaptation. Captain Andrew experienced being mistaken for Chinese and subjected to xenophobic treatment. This reflects broader patterns of ethnocentric attitudes and power dynamics in times of crisis²⁵. However, his ability to interpret this behavior as a

reaction to pandemic worries rather than personal hostility demonstrates his capacity to ‘decenter’ and maintain an open-minded attitude to suspend judgement²⁶. Moreover, his categorization of some Americans as ‘rednecks’ reveals the ongoing challenge of overcoming ingrained stereotypes. This emphasizes the need for continuous self-reflection and conscious efforts to mitigate biases. Hence, it is suggested that individuals and organizations should engage in trainings that focus on recognizing and challenging stereotypes and promoting more inclusive attitudes.

Despite the numerous challenges, Captain Andrew effectively bridged both linguistic and cultural differences through full immersion. His approach to adaptation was not fully assimilating to the host society but rather an integrated approach wherein his Thai identity was preserved while also embracing features of the host culture²⁷. This cultural fusion allowed him to navigate interactions effectively, improve negotiation strategies, and resolve conflicts. Furthermore, refining language skills through continuous practice and exposure, as well as utilizing communication strategies including active listening, non-verbal cues, and cultural awareness contributed to smoother interactions. These strategies, along with preparation, ability to incorporate prior cultural knowledge into new experiences, and maintaining open-mindedness and flexibility, are essential for easing the challenges of cultural adaptation.

Overall, Captain Andrew’s active engagement with local communities, language learning, and social integration not only broadened his perspective but also helped him build meaningful relationships. Therefore, cultural adaptation is a continuous process, as new experiences often challenge previously held beliefs, requiring individuals to position themselves as lifelong learners. Rather than perceiving cultural differences as threats, culturally competent individuals view them as opportunities for growth and understanding while allowing themselves to embrace new norms and flourish in the cultural landscape.

Conclusion

The case study investigated the cultural adaptation of a Thai naval attaché in the U.S. by employing a narrative inquiry approach. Captain Andrew’s experiences provide a rich account of the considerable challenges and strategies involved in cross cultural adaptation. The findings highlight how he operated his knowledge, skills and the strategies to integrate successfully in the host nation. However, the participant exhibited certain limitations in his adaptation process. At some point, he demonstrated a tendency to shift perspectives when confronted with unfamiliar situations, occasionally displaying stereotypical views and unconsciously prioritizing his own cultural values. Despite these flaws, the participant was able to effectively manage cultural differences and harness his intercultural skills to integrate successfully into the host society.

For Captain Andrew, successful adaptation did not require abandoning his cultural identity but rather integrating elements of his Thai culture with those of the host culture. Throughout this process, he navigated the complexities of cultural adaptation by accumulating knowledge from personal discoveries, negotiating his attitudes through open-mindedness, and developing critical awareness while preserving his cultural heritage. Cultural adaptation, therefore, is a continuous process, where growth and integration occur through ongoing reflection, learning, and negotiation of differences.

Research Implications

The research findings provide valuable implications for the preparation of military attachés before deployment. First, pre-departure training programs should place greater emphasis not only the linguistic aspects of communication but also cultural dimensions, such as high and low context cultures, power distance, and improving communication accommodation skills as these can contribute significantly to enhancing effective intercultural communication. Second, language training should extend beyond Standard English and include awareness of *World Englishes* to enable attachés to navigate diverse English varieties with confidence and avoid miscommunication. Exposure to different English varieties prior to deployment can facilitate smoother interactions. Finally, cultural briefings should incorporate scenario-based training to prepare attachés for challenges such as culture shock, interpersonal conflict, stereotyping, and racial or ethnic misidentification. Trainings should emphasize on decentering and reflective practices to recognize and manage personal and external biases. Additionally, techniques that foster empathy and adaptability should be integrated to support deeper engagement with host nationals and promote successful cultural adaptation.

Future Research Directions

While this case study offers rich insights into cultural adaptation, future research could benefit from a broader participant base. Comparative narrative inquiries involving multiple attachés across different host countries would allow researchers to identify common themes and context-specific variations in adaptation strategies. Expanding the scope of research, covering different military services such as the army, air force and police could also offer a more comprehensive understanding of cultural adaptation intercultural competence development. In addition, comparative studies across different age groups, genders and professional backgrounds could help identify gaps and uncover overlooked dimensions of adaptation. Ultimately, longitudinal studies that track cultural adaptation progress before, during, and after the attaché's posting could provide deeper understanding of how cultural adaptation and intercultural competence evolve over time.

References

1. International Organization for Migration. World Migration Report 2022. [Internet]. [cited 2025 May 7]. Available from: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>.
2. Prout J. The origins of the military attaché corps. *Am Intell J* 2002;21(1-2):47-55.
3. Schwalbe S. How to become a military attaché and work abroad. American Military University Edge [Internet]. [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.amu.edu/edge/how-to-become-a-military-attach%C3%A9-and-work-abroad>.
4. Berry JW, Phinney JS, Sam DL, Vedder P. Immigrant youth: acculturation, identity, and adaptation. *Appl Psychol Int Rev* 2006;55(3):303-32.
5. Kim YY. Intercultural personhood: globalization and a way of being. *Int J Intercult Relat* 2008;32(4):359-68.
6. Kim YY. Inquiry in intercultural and development communication. *J Commun.* 2005;55(3):554-77.
7. Liu S. Identity, hybridity and cultural home: Chinese migrants and diaspora in multicultural societies. London: Rowman & Littlefield International; 2015.
8. Giles H, Coupland N. Language: contexts and consequences. Milton Keynes: Open University Press; 1991.
9. Kachru B. World Englishes: approaches, issues and resources. *Lang Teach* 1992;25(1):1-14.
10. Alshehri S. The relationship between language and identity. *Int J Linguist Lit Transl* 2023;6(7):156-61.
11. Paver A, Wright D, Braber N, Pautz N. Stereotyped accent judgements in forensic contexts: listener perceptions of social traits and types of behaviour. *Front Commun* 2024;9:1462013.
12. Wang C, Wu SY, Nie YZ, Cui GY, Hou XY. Open-mindedness trait affects the development of intercultural communication competence in short-term overseas study programs: a mixed-method exploration. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):219.
13. Morris TH. Experiential learning – a systematic review and revision of Kolb’s model. *Interact Learn Environ* 2020;28(8):1064-77.
14. Stohl C. Theories of international communication. In: Gudykunst WB, editor. *Communication yearbook*. Vol. 19. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1996. p. 275-317.
15. Tracy SJ. *Qualitative research methods: collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2020.
16. Chand GB. Narrative inquiry: a critical examination of its theoretical foundations and methodological applications. *Far West Rev* 2024;2(1):135-52.
17. Albudaiwi D. Surveys, advantages and disadvantages of. In: Allen M, editor. *The SAGE encyclopedia of communication research methods*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2017. p. 1735-6.

18. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2019.
19. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. Nurs Plus Open. 2016;2:8-14.
20. Hofstede G. Dimensionalizing cultures: the Hofstede model in context. Online Read Psychol Cult 2011;2(1):1-26.
21. Hall ET. Beyond culture. New York: Anchor Press, Doubleday; 1976.
22. Kachru BB. The alchemy of English: the spread, functions and models of non-native Englishes. Oxford: Pergamon Press; 1986.
23. Jenkins J. Repositioning English and multilingualism in English as a lingua franca. Englishes in Practice 2015;2(3):49-85.
24. Kozłowski A. The influence of accents on social perception. Inkblot 2015;4:12.
25. Lockett C. Discrimination against Asians during COVID-19. Darwin (AU): Charles Darwin University; 2020.
26. Byram M. Teaching and assessing intercultural communicative competence. Clevedon: Multilingual Matters; 1997.
27. Kramer EM. Cultural fusion and the defense of difference. In: Asante MK, Min JE, editors. Socio-cultural conflict between African and Korean Americans. New York (NY): University Press of America; 2000. p. 183-230.

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาล

Comparative Study on the Effectiveness of the CROW-65, MEWS, and 4C Mortality Score in Predicting In-Hospital Mortality among COVID-19 Patients Treated with High-Flow Nasal Cannula

เอกสิทธิ์ ธัญญกุลสังจา* กฤษณา ชุมวนิชย์* สรภพ ภักดิ์วงศ์* กนกเลขา สุวรรณพงษ์**

Ekkasit Thunyakunsatja,* Kritsada Chumvanichaya,* Sorapop Phakdewong,* Kanoklekha Suwannapong**

* โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

* Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok

** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

** Corresponding Author: ksuwannapong@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, Modified Early Warning Score (MEWS) และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจน และได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 144 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการรักษาก่อนได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก และข้อมูลการรักษาขณะให้ออกซิเจน อัตราไหลสูงทางจมูก วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ ทั้ง 3 ชนิด โดยการวิเคราะห์ Area under curve (AUC) หาจุดตัดที่เหมาะสม และวิเคราะห์ความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำของเครื่องมือ

ผลการวิจัย พบว่า 4C Mortality Score มีความเหมาะสมในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โควิด 19 อยู่ในระดับดีมาก (AUC = 0.862) รองลงมา คือ CROW-65 อยู่ในระดับดี (AUC = 0.748) และ MEWS อยู่ในระดับพึงพอใจ (AUC = 0.694) เมื่อพิจารณาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสม พบว่า 4C Mortality Score

Received: October 8, 2025; Revised: October 24, 2025; Accepted: October 26, 2025



ณ จุดตัด 13 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.551 โดยมีความไวเท่ากับ 76.3 ความจำเพาะเท่ากับ 78.8 และความแม่นยำเท่ากับ 77.8 ในขณะที่ CROW-65 ณ จุดตัด 11 และ 12 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.381 ความไวเท่ากับ 74.6 ความจำเพาะเท่ากับ 63.5 และความแม่นยำเท่ากับ 68.1 และ MEWS ณ จุดตัด 4 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.293 โดยมีความไวเท่ากับ 45.8 ความจำเพาะเท่ากับ 83.5 และความแม่นยำเท่ากับ 68.1 ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า 4C Mortality Score เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุด ในการใช้พยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา และการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โควิด 19 การพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล การให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก CROW-65, MEWS, 4C Mortality Score

Abstract

The purpose of this retrospective cross-sectional study was to compare the effectiveness of the CROW-65, Modified Early Warning Score (MEWS), and 4C Mortality Score in predicting in-hospital mortality among COVID-19 patients treated with high-flow nasal cannula (HFNC). Data were collected from medical records of 144 COVID-19 patients with acute hypoxemic respiratory failure who were treated with HFNC at Somdech Phra Pinklao Hospital between November 1, 2020, and October 31, 2021. The research instruments included a demographic and clinical data record form, pre-HFNC treatment data, and HFNC treatment data. Descriptive statistics were used to analyze general patient characteristics. The effectiveness of the CROW-65, MEWS, and 4C Mortality Score in predicting in-hospital mortality was compared using area under curve (AUC), sensitivity, specificity, and accuracy.

Results showed that the 4C Mortality Score was highly suitable for predicting the mortality rate of COVID-19 patients (AUC = 0.862), followed by CROW-65 at a good level (AUC = 0.748), and MEWS at a satisfactory level (AUC = 0.694). When considering the appropriate cut-off point, the 4C Mortality Score with a cut-off value of 13 demonstrated the highest Youden's index (0.551), with a sensitivity of 76.3, specificity of 78.8, and accuracy of 77.8. The CROW-65 Score, with a cut-off value of 11 and 12, showed the highest Youden's index (0.381), with a sensitivity of 74.6, specificity of 63.5, and accuracy of 68.1. The MEWS Score, with a cut-off value of 4, yielded the highest Youden's index (0.293), with a sensitivity of 45.8, specificity of 83.5, and accuracy of 68.1.

The results of this study indicate that the 4C Mortality Score is the most appropriate tool for predicting in-hospital mortality among COVID-19 patients treated with HFNC. It can be used by healthcare professionals as a guideline for clinical decision-making to enhance efficiency in treatment prioritization and optimal allocation of medical resources.

Keywords: COVID-19, in-hospital mortality, high-flow nasal cannula, CROW-65, MEWS, 4C Mortality Score

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure: ARF) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19¹ ทั้งนี้มีรายงานว่าอัตราการเกิดภาวะนี้ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 15 - 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด² และในกลุ่มที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่ามากถึงร้อยละ 76 มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบพร่องออกซิเจน (Hypoxemic respiratory failure) ภาวะดังกล่าวได้รับการยืนยันจากการศึกษาโดย Ciceri และคณะ³ ว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ได้ระบุข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น $SpO_2 < 94\%$ ที่ Room air และไม่ตอบสนองต่อการให้ออกซิเจน $PaO_2/FiO_2 < 300$ mmHg อัตราการหายใจ > 30 ครั้งต่อนาที ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiopulmonary arrest) หรือการสูญเสียทางเดินหายใจ (Lost airway/jeopardized airway)⁴ อย่างไรก็ตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Adults with COVID-19 แนะนำให้ใช้ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) เป็นการรักษาแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบพร่องออกซิเจน พร้อมทั้งเฝ้าติดตามอาการทางระบบหายใจอย่างใกล้ชิด และดำเนินการใส่ท่อช่วยหายใจทันทีหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง⁵ HFNC จึงนับเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยเสี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอาจส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความท้าทายที่สำคัญ คือ

ผู้ป่วยบางรายแม้ได้รับ HFNC แล้วก็ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นการประเมินความรุนแรงและการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนรักษา การจัดลำดับความเร่งด่วน และการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือหลากหลายรูปแบบเพื่อใช้เป็นคะแนนการประเมินความเสี่ยง (Risk Stratification Score) โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ช่วยทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 แม้เครื่องมือแต่ละชนิดจะมีข้อดี ข้อจำกัด และใช้ข้อมูลทางคลินิกที่แตกต่างกัน แต่ก็มีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเครื่องมือเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 2020 Knight และคณะ⁶ ได้พัฒนา 4C Mortality Score สำหรับประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยโควิด 19 และยืนยันว่าสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ Mumtaz และคณะ⁷ ศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า เครื่องมือนี้มีประโยชน์ในการจำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยงในห้องฉุกเฉิน อีกทั้งในปี ค.ศ. 2021 Aygun & Eraybar⁸ ได้ศึกษาเปรียบเทียบ Modified Early Warning Score (MEWS) กับ Triage Early Warning Score (TREWS) และพบว่าทั้งสองเครื่องมือสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ได้นอกจากนี้ Kijakovic และคณะ⁹ ยังได้พัฒนา CROW-65 score ซึ่งออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC และรายงานว่าสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้อย่างแม่นยำ

แม้จะมีการพัฒนาและใช้เครื่องมือหลายชนิดในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบโดยตรงระหว่าง 4C Mortality Score, CROW-65 score และ MEWS ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้โรงพยาบาลทุกระดับต้องเผชิญกับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนข้อจำกัด



ของทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ และจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤติ ดังนั้นการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย การตัดสินใจทางคลินิก และการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตามเครื่องมือพยากรณ์ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีอยู่ส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นจากผู้ป่วยในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยไทยในด้านโครงสร้างประชากร ภาวะร่วมทางคลินิก ระบบบริการสุขภาพ และแนวทางการรักษา ความแตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของเครื่องมือในการทำนายอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของเครื่องมือเหล่านี้ในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับประชากรไทย การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือทั้งสามชนิด ได้แก่ 4C Mortality Score, CROW-65 score และ MEWS เพื่อหาคำตอบว่าเครื่องมือใดสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะช่วยเสริมสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วน และการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) หมายถึง การให้ออกซิเจนด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก

เพื่อช่วยการหายใจ โดยสามารถปรับอัตราไหลของอากาศได้สูงถึง 60 ลิตรต่อนาที และมีการปรับให้ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO_2) อยู่ในระดับ 92 - 96% ระดับออกซิเจนจะถูกปรับอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วยสุขภาพ¹⁰

2. CROW-65 หมายถึง เครื่องมือทางคลินิกเพื่อนำมาพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson Comorbidity Index: CCI) > 4, Respiratory rate and oxygenation index (ROX index) หมายถึง ค่าที่ได้จากการคำนวณอัตราส่วนของ SpO_2/FiO_2 ต่อ RR ≤ 4.11 , LDH-to-WBC ratio > 42.75, Age > 65⁹

3. MEWS หมายถึง เครื่องมือทางคลินิกเพื่อประเมินอัตราความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย Systolic BP, HR, RR, Temperature และ AVPU คือ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประกอบด้วย A หรือ Alert หมายถึง รู้สึกตัวดี V หรือ Response to Voice หมายถึง ตอบสนองต่อเสียงเรียก P หรือ Response to Pain หมายถึง ตอบสนองต่อความเจ็บปวด U หรือ Unresponsive หมายถึง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ⁸

4. 4C Mortality Score หมายถึง เครื่องมือทางคลินิกที่ใช้ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม อัตราการหายใจ SPO_2 at room air, Glasgow Coma Score (GCS), Blood Urea Nitrogen (BUN) และ C-reactive protein (CRP)⁶

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง (Retrospective cross-sectional study)

ประชากร คือ เภสัชกรเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจน และได้รับการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 698 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจน และได้รับการรักษาด้วย HFNC โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี RT-PCR เป็นบวก 2) ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาจจะได้รับออกซิเจนจากเครื่องมืออื่นๆ เช่น Nasal cannula หรือ Oxygen mask with bag ก่อนหรือหลังได้รับการรักษาด้วย HFNC ก็ได้ และ 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้รับการรักษาด้วย HFNC มาก่อนในการรักษาครั้งปัจจุบัน 2) มีข้อมูลบันทึกว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และ 3) มีการบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง อ้างอิงจากผลการวิจัยของ Aygun & Eraybari⁸ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบ MEWS กับ Triage Early Warning Score (TREWS) ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 พบว่า ค่าพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) จากการวิเคราะห์ Receiver operating characteristic (ROC) curves เพื่อพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ของ MEWS เท่ากับ 0.83 (95% CI 0.78, 0.89) และ CROW-65 เท่ากับ 0.92 (95% CI 0.87, 0.98) ซึ่งสามารถนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Sample size for comparing accuracy of two diagnostic tests โดยใช้โปรแกรมสถิติ MedCalc version 20.009 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 136 ราย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลวิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 โดยใช้สูตร $n_{adj} = n/(1-p)$ จะได้ $136/(1-0.05) = 143.15$ ดังนั้นในการศึกษานี้จำนวนขนาดตัวอย่างเท่ากับ 144 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่

2. ประวัติการรักษาก่อนได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ระดับการรู้สติ (GCS) ระดับความรู้สึกตัว (AVPU) การได้รับออกซิเจนก่อนได้รับการรักษาด้วย HFNC ระดับ WBC, Hemoglobin, RDW, BUN, D-dimer, Lactate, C-reactive protein และ LDH ระยะเวลาในการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล และการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ข้อมูลการรักษาขณะได้รับการรักษาด้วย HFNC ที่ 2, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังเริ่มรักษา ได้แก่ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ระดับค่าความเข้มข้นของออกซิเจนที่ตั่งในเครื่องให้ออกซิเจนความเร็วสูงแบบสอดจมูก (FiO₂) และค่า ROX index จากการคำนวณ ระยะเวลาในการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาด้วย HFNC

4. ข้อมูลคะแนนที่ได้จากการคำนวณ CROW-65, MEWS, และ 4C Mortality Score

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยอายุรแพทย์ อนุสาชาโรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย และได้รับอนุมัติการขอใช้เวชระเบียนเพื่อการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการ



โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2564 เริ่มจากการค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) เฉพาะที่ลงรหัสการวินิจฉัยผู้ป่วยโควิด 19 จากนั้นสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นเอกสารและคัดเลือกรวมตัวอย่างจากเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นลงข้อมูลในแบบบันทึก ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 043/64 วันที่รับรอง 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 ตุลาคม 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows Version 25.0 โดยทำการทดสอบกำหนดเป็นแบบสองทาง (Two-tailed test) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง (Continuous variables) จะแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) พร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) หรือค่ามัธยฐาน (Median) พร้อมพิสัยควอไทล์ (Interquartile range: IQR) ขึ้นอยู่กับการแจกแจงของข้อมูล สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variables) จะแสดงเป็นจำนวน (n) และร้อยละ (%)

2. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยทำการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรเชิงต่อเนื่องด้วย Kolmogorov-Smirnov test หากค่าความน่าจะเป็น (p-value) ของการทดสอบมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ ($\alpha = 0.05$) จะถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

3. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ดังนี้

3.1 หาค่าพื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve: AUC) และแสดงกราฟ Receiver operating characteristic (ROC) curves เพื่อหาจุดตัด (Optimal cut-off point) ที่เหมาะสมในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 โดยแปลความหมาย ดังนี้¹¹ AUC value ระดับดีเยี่ยม (0.9 - 1.0) ระดับดีมาก (0.8 - 0.89) ระดับดี (0.7 - 0.79) ระดับพึงพอใจ (0.6 - 0.69) และระดับไม่พึงพอใจ (0.5 - 0.59)

3.2 หาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) Positive predictive value (PPV) Negative predictive value (NPV) ความแม่นยำ (Accuracy) และช่วงความเชื่อมั่นระดับ 95% (95% Confident interval) ในแต่ละจุดตัด (Optimal cut-off point) ของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 60.4 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.10 ± 13.73 ปี น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 67.52 ± 15.17 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 ± 0.09 เมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.87 ± 5.44 กก/ม² ระดับดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 48.6 มีโรคประจำตัวเป็น

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.6 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 45.1 โรคเบาหวาน ร้อยละ 43.8 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 16.7 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ สืบบุหรืร้อยละ 16 และเคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 29.9

ข้อมูลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าดัชนีโรคความรุนแรงมีค่าคะแนนมัธยฐาน เท่ากับ 3 (IQR 2, 5) คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 - 4 คะแนน (Moderate) ร้อยละ 38.2 อัตราการเต้นหัวใจเฉลี่ยเท่ากับ 92.24 ± 16.44 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยเท่ากับ 37.08 ± 0.83 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิตค่าบนและค่าล่างเฉลี่ยเท่ากับ 134.89 ± 22.96 และ 78.58 ± 15.80 มม.ปรอท อัตราการหายใจมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 24 (IQR 22, 26) ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด room air และหลังการรักษา มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 90 (IQR 87, 92) และ 95 (IQR 94, 97) % ROX index มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 17.86 (IQR 15.75, 18.99) การประเมินความรู้สึกตัว AVPU ส่วนใหญ่รู้สึกตัวดีร้อยละ 72.2 คะแนน Glasgow Coma Scale ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 13 - 15 คะแนน (Mild) ร้อยละ 86.8 การรักษาเบื้องต้นเป็นการให้ Oxygen mask with reservoir bag ร้อยละ 56.9 หลังการรักษาโดยการให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก พบว่า อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนในเลือด ระดับ FiO_2 และ ROX index มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 22 (IQR 18, 24) ครั้งต่อนาที, 98

(IQR 96, 100) %, 60 (50, 80) % และ 7.58 (IQR 5.75, 10.56)

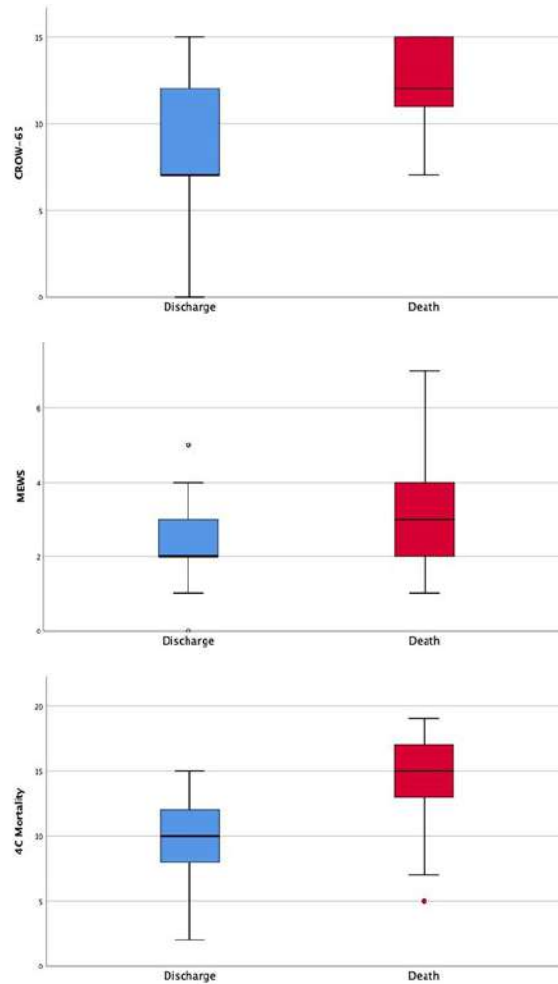
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าระดับเม็ดเลือดขาวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7.1 (IQR 5.3, 9.0) $\times 10^3/uL$ ระดับ Neutrophil มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.80 ± 11.57 % ระดับ Lymphocytes มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 15 (IQR 10.2, 22) % ระดับ Hemoglobin มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.80 ± 1.98 g/dL ระดับ Erythrocyte sedimentation rate มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 46.5 (IQR 26.3, 77.3) mm/hr ระดับ C-reactive protein มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 93 (IQR 33.7, 160.6) mg/L ระดับ Lactate dehydrogenase มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 681.5 (508.5, 988.3) units/L ระดับ Lactate มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.5 (1, 1.9) mmol/L ระดับ BUN มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 16 (11, 27) mg/dL และ LDH to WBC ratio เท่ากับ 99.8 (IQR 72.7, 150)

การเปรียบเทียบคะแนนของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตกับผู้เสียชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนที่ประเมินด้วยเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ของผู้รอดชีวิตกับผู้เสียชีวิต พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนที่ประเมินด้วยเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ของผู้รอดชีวิตกับผู้เสียชีวิต (n = 144)

เครื่องมือ	คะแนน		p-value
	ผู้รอดชีวิต (n = 85) Median (IQR)	ผู้เสียชีวิต (n = 59) Median (IQR)	
CROW-65	7 (7, 12)	12 (10, 15)	< .001
MEWS	2 (2, 3)	3 (2, 4)	< .001
4C Mortality Score	10 (8, 12)	15 (13, 17)	< .001



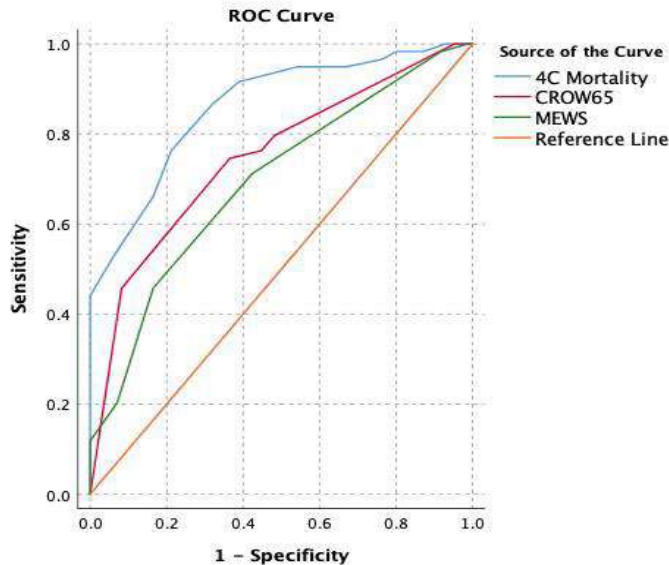
ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนที่ประเมินด้วยเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ของผู้รอดชีวิตกับผู้เสียชีวิต

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า 4C Mortality Score มีความเหมาะสมในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 อยู่ในระดับดีมาก (AUC = 0.862) รองลงมา คือ CROW-65 อยู่ในระดับดี (AUC = 0.748) และ MEWS อยู่ในระดับพึงพอใจ (AUC = 0.694) เมื่อวิเคราะห์ความแม่นยำ (Calibration) โดยใช้การทดสอบ Hosmer-Lemeshow goodness of fit test พบว่า เครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score มีค่า p-value < .05 แสดงว่าเครื่องมือทั้ง 3 ชนิดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าพื้นที่ใต้โค้งระหว่างเครื่องมือ CROW-65 กับ MEWS ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ในขณะที่เครื่องมือ 4C Mortality Score สูงกว่า CROW-65 และ MEWS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) ของเกณฑ์คะแนน CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score

เครื่องมือ	AUC	95% CI	SE	p-value	Calibration
CROW-65	0.748	0.665, 0.831	0.042	< .001	$\chi^2 = 3.875$; p = .275
MEWS	0.694	0.606, 0.782	0.045	< .001	$\chi^2 = 1.835$; p = .607
4C Mortality Score	0.862	0.801, 0.923	0.031	< .001	$\chi^2 = 9.248$; p = .322
Pairwise comparison[#]					
CROW-65 vs. MEWS	0.054	-0.067, 0.175	0.062	.383	
4C Mortality Score vs. CROW-65	0.114	0.011, 0.217	0.053	.031	
4C Mortality Score vs. MEWS	0.168	0.060, 0.275	0.055	.002	



ภาพที่ 2 Receiver operating characteristics curve (ROC curve) ของเกณฑ์คะแนน CROW-65, MEWS และ 4C Mortality ในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19

จากตารางที่ 3 แสดงการทดสอบคะแนน CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 โดยพิจารณาจุดตัดที่เหมาะสมจาก Youden's index ผลการวิจัย พบว่า 4C Mortality Score ณ จุดตัด 13 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.551 โดยมีความไว (Sensitivity) เท่ากับ 76.3 ความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 78.8 และความแม่นยำ (Accuracy) เท่ากับ 77.8 ในขณะที่ CROW-65 ณ จุดตัด 11 และ 12 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.381 โดยมีความไวเท่ากับ 74.6 ความจำเพาะเท่ากับ 63.5 และความแม่นยำเท่ากับ 68.1 และ MEWS ณ จุดตัด 4 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุดเท่ากับ 0.293 โดยมีความไวเท่ากับ 45.8 ความจำเพาะเท่ากับ 83.5 และความแม่นยำเท่ากับ 68.1



ตารางที่ 3 การทดสอบคะแนน CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล (n = 144)

เครื่องมือ	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	PPV (95% CI)	NPV (95% CI)	+LR (95% CI)	-LR (95% CI)	Accuracy (95% CI)	Youden's index
CROW-65								
≥ 9	76.3 (63.4, 86.4)	55.3 (44.1, 66.1)	54.2 (47.3, 61.0)	77.1 (67.2, 84.6)	1.71 (1.29, 2.25)	0.43 (0.26, 0.70)	63.9 (55.5, 71.7)	0.316
≥ 10	76.3 (63.4, 86.4)	55.3 (44.1, 66.1)	54.2 (47.3, 61.0)	77.1 (67.2, 84.6)	1.71 (1.29, 2.25)	0.43 (0.26, 0.70)	63.9 (55.5, 71.7)	0.316
≥ 11	74.6 (61.6, 85.0)	63.5 (52.4, 73.7)	58.7 (50.8, 66.1)	78.3 (69.3, 85.2)	2.04 (1.49, 2.81)	0.40 (0.25, 0.64)	68.1 (59.8, 75.6)	0.381*
≥ 12	74.6 (61.6, 85.0)	63.5 (52.4, 73.7)	58.7 (50.8, 66.1)	78.3 (69.3, 85.2)	2.04 (1.49, 2.81)	0.40 (0.25, 0.64)	68.1 (59.8, 75.6)	0.381*
≥ 13	45.8 (32.7, 59.3)	91.8 (83.8, 96.6)	79.4 (64.3, 89.2)	70.9 (65.7, 75.7)	5.56 (2.59, 11.91)	0.59 (0.46, 0.75)	72.9 (64.9, 80.0)	0.376
MEWS								
≥ 2	98.3 (90.9, 99.9)	8.2 (3.4, 16.2)	42.7 (40.9, 44.4)	87.5 (46.9, 98.2)	1.07 (1.00, 1.15)	0.21 (0.03, 1.63)	45.1 (36.8, 53.6)	0.065
≥ 3	71.2 (57.9, 82.2)	57.7 (46.5, 68.3)	53.9 (46.5, 61.1)	74.2 (64.9, 81.7)	1.68 (1.25, 2.26)	0.50 (0.32, 0.78)	63.2 (54.8, 71.1)	0.289
≥ 4	45.8 (32.7, 59.3)	83.5 (73.9, 90.7)	65.9 (52.6, 77.0)	68.9 (63.3, 74.1)	2.78 (1.60, 4.83)	0.65 (0.50, 0.84)	68.1 (59.8, 75.6)	0.293*
≥ 5	20.3 (11.0, 32.8)	92.9 (85.3, 97.4)	66.7 (44.3, 83.4)	62.7 (59.3, 66.0)	2.88 (1.15, 7.24)	0.86 (0.74, 0.99)	63.2 (54.8, 71.1)	0.132
≥ 6	11.9 (4.9, 22.9)	100.0 (95.8, 100.0)	100.0 (-, -)	62.0 (59.8, 64.2)	- (0.80, 0.97)	0.88 (0.80, 0.97)	63.9 (55.5, 71.7)	0.119
4C Mortality Score								
≥ 10	94.9 (85.9, 98.9)	45.9 (35.0, 57.0)	54.9 (49.8, 59.9)	92.9 (80.8, 97.6)	1.75 (1.43, 2.15)	0.11 (0.04, 0.34)	66.0 (57.6, 73.7)	0.408
≥ 11	91.5 (81.3, 97.2)	61.2 (50.0, 71.6)	62.1 (55.3, 68.4)	91.2 (81.6, 96.1)	2.36 (1.79, 3.11)	0.14 (0.06, 0.33)	73.6 (65.6, 80.6)	0.527
≥ 12	86.4 (75.0, 94.0)	68.2 (57.2, 77.9)	65.4 (57.7, 72.4)	87.9 (78.9, 93.4)	2.72 (1.96, 3.78)	0.20 (0.10, 0.38)	75.7 (67.9, 82.5)	0.546
≥ 13	76.3 (63.4, 86.4)	78.8 (68.6, 86.9)	71.4 (61.8, 79.4)	82.7 (74.9, 88.5)	3.60 (2.33, 5.56)	0.30 (0.19, 0.48)	77.8 (70.1, 84.3)	0.551*
≥ 14	66.1 (52.6, 77.9)	83.5 (73.9, 90.7)	73.6 (62.5, 82.3)	78.0 (71.1, 83.7)	4.01 (2.40, 6.70)	0.41 (0.28, 0.59)	76.4 (68.6, 83.1)	0.496

* Maximum of Youden's index at cut-off point

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ CROW-65, MEWS และ 4C Mortality Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาล พบว่า 4C Mortality Score มีความเหมาะสมในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมา คือ CROW-65 อยู่ในระดับดี และ MEWS อยู่ในระดับพึงพอใจ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการคำนวณคะแนน 4C Mortality Score นั้น ใช้ข้อมูลหลายปัจจัยมาประกอบ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนของโรคร่วม ค่าสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว และผลการตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ⁶⁻⁷ จึงอาจเป็นเหตุผลที่สนับสนุนให้ 4C Mortality Score สามารถใช้พยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ได้ดีกว่า CROW-65 ซึ่งใช้การคำนวณจากเพียง 4 ปัจจัย⁹ และ MEWS ซึ่งใช้เพียงค่าสัญญาณชีพ และค่าความรู้สึกตัวของผู้ป่วย⁸ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Knight และคณะ⁶ ซึ่งเป็นผู้พัฒนา 4C Mortality Score โดยรายงานว่าเครื่องมือนี้มี AUC อยู่ระหว่าง 0.77 - 0.88 ในการทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ Jin และคณะ¹² ยังพบว่า 4C Mortality Score มีความแม่นยำสูงในการจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนระดับสูงหรืออยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

เมื่อพิจารณาค่าจุดตัดที่เหมาะสม พบว่า 4C Mortality Score ที่ 13 คะแนน มีค่า Youden's index สูงที่สุด (0.551) ให้ความไว 76.3% ความจำเพาะ 78.8% และความแม่นยำ 77.8% แสดงให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างความสามารถในการตรวจจับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการลดผลบวกกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Stephen⁶ ที่พบว่า 4C Mortality Score ณ จุดตัด ≥ 15 คะแนน จะมีอัตราการเสียชีวิต

สูงถึง 62% และเมื่อเทียบกับผลการศึกษาของ Mumtaz และคณะ⁷ พบว่า จุดตัดคะแนน ≥ 13 นั้น อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (4C Mortality Score เท่ากับ 9 - 14) และเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิต 25.9% โดยหากจุดตัดคะแนน ≥ 15 ผู้ป่วยจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงมาก และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 59.5%

ในขณะที่ CROW-65 ที่จุดตัด 11 - 12 คะแนน มีค่า Youden's index ต่ำกว่า (0.381) และ MEWS ที่จุดตัด 4 คะแนน มีค่า Youden's index ต่ำที่สุด (0.293) แสดงว่าเครื่องมือดังกล่าวมีข้อจำกัดในการทำนายการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับ HFNC ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ CROW-65 มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามค่า AUC (0.748) ในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับค่า AUC (0.925) ที่รายงานโดย Kljakovic และคณะ⁹ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยที่ทำให้มีความคลาดเคลื่อน เช่น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาที่แตกต่างกัน

นอกจากนั้นผลการศึกษา พบว่า MEWS มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอันดับสุดท้าย อยู่ในระดับพึงพอใจ และค่า AUC (0.694) ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผลการวิจัยของ Aygun & Eraybar⁸ (AUC = 0.833) โดยเมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ในการศึกษาดังกล่าว MEWS มีความไวที่สูง (96.5%) แต่มีความจำเพาะที่ต่ำ (46.8%) ทำให้ผู้วิจัยดังกล่าวยังไม่แนะนำการใช้ MEWS ในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาด้วย HFNC แต่อย่างไรก็ตาม MEWS มีความง่ายต่อผู้ใช้เนื่องจากการคิดคะแนนมีการใช้อย่างแพร่หลายโดยแพทย์และพยาบาลตั้งแต่มีก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และใช้เพียงสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวเป็นปัจจัยในการคำนวณ ซึ่งทำได้ง่ายในข้อมูลที่จำกัด แต่ทั้งนี้ค่าที่ได้ อาจมีความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำที่ต่ำกว่า 4C Mortality Score และ CROW-65



เมื่อพิจารณาในบริบทของประเทศไทย การที่ 4C Mortality Score แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำสูงสุดในการทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่ง โดยเฉพาะในภูมิภาคหรือระดับชุมชน มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และจำนวนเครื่องช่วยหายใจแบบ HFNC การมีเครื่องมือที่สามารถพยากรณ์ความรุนแรงและโอกาสการเสียชีวิตได้อย่างแม่นยำในระยะต้น จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย วางแผนการดูแลหรือการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้การที่ประชากรไทยมีลักษณะทางสรีรวิทยา ภาวะโรคร่วม เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวมทั้งแนวทางการรักษาและระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศต้นแบบของเครื่องมือดังกล่าว ทำให้การยืนยันความถูกต้องและความเหมาะสมของเครื่องมือในบริบทไทยมีความจำเป็นเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนความเป็นจริงในคลินิก และสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขในอนาคต

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า 4C Mortality Score เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC เมื่อเทียบกับ CROW-65 score และ MEWS ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากต่างประเทศและยืนยันความเหมาะสมของการนำไปใช้ในบริบทของประเทศไทย การใช้เครื่องมือที่มีความแม่นยำสูงเช่นนี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตัดสินใจในการดูแล การเฝ้าระวังใกล้ชิดหรือการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้

สามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า เครื่องมือ 4C Mortality Score มีประสิทธิภาพสูงสุดในการนำมาใช้พยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC หากอยู่ในสถานพยาบาลที่สามารถส่งผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการได้ หรือทราบผลการตรวจเลือดอยู่ก่อนแล้ว การเลือกใช้ 4C Mortality Score จะทำให้แพทย์ผู้ให้การรักษาได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและแม่นยำมากที่สุด ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วน และการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมต่อไป

2. กรณีอยู่ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดในการส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรพิจารณาเลือกใช้ MEWS ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC เนื่องจากง่ายต่อการใช้ เพราะใช้เพียงสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวเป็นปัจจัยในการคำนวณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเพียงหนึ่งแห่ง (Single-center) และเป็นการศึกษาเชิงสังเกตการณ์แบบย้อนหลังในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด 19 หลายสายพันธุ์ และยังไม่มีการตรวจหาสายพันธุ์ของเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จึงอาจมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของความรุนแรงของโรค ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือ ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ติดเชื้อจากสายพันธุ์เดียวกันเพื่อเพิ่มความแม่นยำ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Matthay MA, Leligdowicz A, Liu KD. Biological mechanisms of COVID-19 acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202(11):1489-91.
2. Rabec C, Gonzalez-Bermejo J; Respiratory Support Chronic Care Group AVO2 of the French Society of Respiratory Diseases SPLF; GAVO2 collaborators. Respiratory support in patients with COVID-19 (outside intensive care unit). A position paper of the respiratory support and chronic care group of the French society of respiratory diseases. *Respir Med Res* 2020;78:100768.
3. Ciceri F, Castagna A, Rovere-Querini P, De Cobelli F, Ruggeri A, Galli L, et al. Early predictors of clinical outcomes of COVID-19 outbreak in Milan, Italy. *Clin Immunol* 2020;217:108509.
4. Thai Society of Critical Care Medicine, Royal College of Physicians of Thailand. Guidelines for the care of patients with severe COVID-19 disease 2020. Bangkok: Thai Society of Critical Care Medicine; 2020. (in Thai).
5. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. Surviving sepsis campaign: guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med* 2020;46(5):854-87.
6. Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, Drake TM, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO clinical characterisation protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ* 2020;9;370:m3339.
7. Mumtaz SA, Shahzad SA, Ahmed I, Alodat MA, Gharba M, Saif ZA, et al. External validation of 4C ISARIC mortality score in the setting of a Saudi Arabian ICU. Retrospective Study. *medRxiv*; 2021.
8. Aygun H, Eraybar S. The role of emergency department triage early warning score (TREWS) and modified early warning score (MEWS) to predict in-hospital mortality in COVID-19 patients. *Ir J Med Sci* 2022;191(3):997-1003.
9. Kljakovic Gaspic T, Pavicic Ivelja M, Kumric M, Matetic A, Delic N, Vrkic I, Bozic J. In-hospital mortality of COVID-19 patients treated with high-flow nasal oxygen: Evaluation of biomarkers and development of the novel risk score model CROW-65. *Life (Basel)* 2021;11(8):735.
10. Chumvanichaya K, Nithithariyasophon W, Phakdewong S, Suwannapong W. The study of ROX index to predict clinical outcomes in COVID-19 patients with hypoxemic respiratory failure treated with high flow nasal cannula. *RTN Med J* 2022;49(2):291-303. (in Thai).
11. Metz CE. Basic principles of ROC analysis. *Semin Nucl Med* 1978;8:283-98.
12. Jin JM, Bai P, He W, Wu F, Liu XF, Han DM, et al. Gender differences in patients with COVID-19: focus on severity and mortality. *Front Public Health* 2020;8:152.

Hyperbaric Oxygen Therapy for Avascular Necrosis of the Femoral Head: A Comprehensive Review and Treatment Perspective

Akkawut Wetthayanon* Pitchayapong Yanyongsatit**

* Resident in Preventive Medicine (Maritime Medicine), Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok

** Abhakornkiartiwong Hospital, Sattahip Naval Base, Chonburi Province

* Corresponding Author: Akkarawut.bill@gmail.com

Abstract

Avascular necrosis (AVN) of the femoral head is a progressive orthopedic condition marked by bone tissue death due to impaired blood supply. It predominantly affects young and middle-aged adults and can result in femoral head collapse, joint degeneration, and functional disability if left untreated. Conventional therapies, including pharmacological agents and surgical interventions, often fail to prevent disease progression or restore joint integrity, especially in advanced stages. This review aims to provide a comprehensive overview of AVN pathophysiology, clinical presentation, and classification systems, while critically evaluating the emerging role of hyperbaric oxygen therapy (HBO₂T) as an adjunct or alternative treatment. A structured literature review was conducted to synthesize clinical evidence from observational studies, randomized controlled trials (RCTs), case reports, and systematic reviews assessing the efficacy and mechanisms of HBO₂T in treating AVN of the femoral head.

The results showed that HBO₂T enhanced oxygen delivery to ischemic bone, stimulated angiogenesis, reduced inflammation and marrow edema, and promoted osteoblast activity—mechanisms directly addressing AVN pathogenesis. Clinical studies consistently report improvements in pain, function, radiographic outcomes, and a delayed need for surgical intervention, particularly when HBO₂T is initiated in early disease stages. Despite growing global support, HBO₂T research in Thailand remains limited due to funding constraints, despite an increasing pool of trained specialists.

In conclusion, HBO₂T represents a promising, biologically sound treatment for early-stage femoral head AVN. Its inclusion in clinical protocols may significantly improve patient outcomes and reduce the need for invasive procedures. Larger multicenter RCTs and investment in local research infrastructure are crucial to establish standardized treatment guidelines and expand access, particularly in resource-limited settings.

Keywords: avascular necrosis, femoral head, hyperbaric oxygen therapy, joint preservation, orthopedic treatment

Received: April 4, 2025; Revised: May 14, 2025; Accepted: May 20, 2025

Introduction

Avascular necrosis (AVN), also known as osteonecrosis, is a severe orthopedic condition characterized by the progressive death of bone tissue resulting from disrupted blood supply. AVN can affect various skeletal sites, but involvement of the femoral head is particularly debilitating due to its pivotal role in hip joint function, weight-bearing, and overall mobility. The incidence of femoral head AVN is increasing globally, affecting predominantly young and middle-aged adults, typically between 30 and 50 years of age. The condition significantly impairs patients' quality of life by causing persistent pain, limiting mobility, and progressively leading to joint degeneration and functional disability¹⁻⁴.

Multiple etiologies contribute to the development of AVN, ranging from traumatic causes such as femoral neck fractures or hip dislocation to non-traumatic factors including chronic corticosteroid use, alcoholism, hematological disorders, autoimmune diseases, radiation therapy, and idiopathic cases where no clear cause can be identified. The multifactorial nature of AVN complicates early diagnosis, as the initial clinical presentation can be nonspecific and insidious, often delaying appropriate therapeutic intervention⁵⁻⁸.

Current therapeutic strategies for managing femoral head AVN span conservative medical management, minimally invasive surgical interventions, and extensive surgical reconstruction or replacement procedures. Pharmacological treatments, such as bisphosphonates and anticoagulants, aim to delay progression by addressing underlying pathophysiological mechanisms like bone resorption and coagulation abnormalities. Surgical interventions, including core decompression, vascularized grafting, and total hip arthroplasty, offer varying degrees of success and come with associated procedural risks and complications⁹⁻¹⁰.

Despite advancements in these conventional treatments, therapeutic outcomes remain inconsistent, with many patients eventually requiring total hip replacement at relatively young ages. This clinical gap underscores the ongoing need for alternative or adjunctive treatment modalities capable of halting or reversing early-stage AVN, minimizing symptoms, and preserving joint integrity without the significant risks associated with invasive procedures¹¹⁻¹³.

In recent years, hyperbaric oxygen therapy (HBO₂T) has emerged as a promising treatment modality, particularly for early-stage AVN. HBO₂T involves administering 100% oxygen under increased atmospheric pressure, enhancing tissue oxygenation and promoting reparative processes in hypoxic tissues. Its therapeutic potential is attributed to multiple beneficial biological effects, including stimulation of angiogenesis, reduction of inflammation, mitigation of bone marrow edema, and enhancement of bone regeneration. This multifaceted approach makes HBO₂T uniquely suitable for managing AVN by directly addressing the disease's complex pathophysiological underpinnings¹⁴⁻¹⁶.

This comprehensive review aims to provide a detailed examination of AVN of the femoral head, including pathophysiology, clinical classification, presentation, and a thorough exploration of HBO₂T as a therapeutic intervention, supported by clinical evidence, procedural insights, and discussions on advantages, limitations, and future research directions.

Pathophysiology of Avascular Necrosis

The pathophysiology of avascular necrosis (AVN) of the femoral head involves a multifaceted interplay of vascular, cellular, metabolic, and biomechanical factors. The femoral head primarily relies on a precarious vascular supply from the medial and lateral femoral circumflex arteries, making it highly vulnerable to ischemic injury. Any disruption or compromise in these blood vessels, due to traumatic events such as fractures or hip dislocation, or non-traumatic conditions including corticosteroid use, alcohol abuse, hypercoagulable states, and autoimmune disorders, can lead to ischemia and subsequently bone necrosis¹⁷⁻¹⁸.

Once blood supply is compromised, osteocytes rapidly undergo ischemic cell death due to oxygen deprivation, initiating a cascade of inflammatory and degenerative processes. Within hours to days, this cell death triggers a robust inflammatory response characterized by elevated pro-inflammatory cytokines such as interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), and tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), which further exacerbate local tissue damage. Immune cell infiltration, particularly neutrophils and macrophages, amplifies inflammation, contributing to oxidative stress and the release of enzymes that degrade extracellular matrix and bone tissue¹⁹.

Simultaneously, the ischemic bone environment attempts a reparative process through neovascularization and remodeling. However, persistent ischemia and ongoing inflammation typically limit these attempts at repair, leading to insufficient formation of new, functional vessels and incomplete or defective bone regeneration. Chronic ischemic conditions and inflammation eventually cause accumulation of microfractures and structural weakening of subchondral bone, ultimately precipitating collapse of the femoral head and secondary degenerative changes within the hip joint²⁰⁻²⁵.

Moreover, increased intraosseous pressure due to marrow edema further compromises blood flow, exacerbating ischemia. The pathological increase in intraosseous pressure arises from adipocyte hypertrophy and intramedullary fat cell embolization, frequently associated with prolonged corticosteroid use or alcoholism. These changes further impair venous outflow and arterial inflow, creating a vicious cycle of progressive ischemia, necrosis, and bone deterioration²⁶.

Biochemically, alterations in bone metabolism and homeostasis also significantly contribute to AVN progression. Disrupted bone remodeling, characterized by an imbalance between osteoblast and osteoclast activities, leads to abnormal bone structure and impaired biomechanical properties. Increased osteoclastic resorption combined with insufficient osteoblastic bone

formation compromises structural integrity, making the femoral head susceptible to mechanical collapse under physiological loads²⁷⁻²⁸.

Understanding the intricate pathophysiological mechanisms underlying AVN is crucial for identifying therapeutic targets and developing effective treatments capable of interrupting disease progression and promoting bone repair and regeneration²⁹.

==== Classification of Avascular Necrosis =====

Proper staging and classification are essential for accurate diagnosis, prognosis, and treatment decision-making. Several classification systems exist, with the Ficat and Arlet, Steinberg, and ARCO classifications being the most prominent³⁰.

Ficat and Arlet Classification: This system emphasizes radiographic findings and disease progression:

- Stage 0: Preclinical, identifiable only by biopsy.
- Stage I: Normal radiographs but abnormal MRI or bone scans indicating early ischemic changes.
- Stage II: Radiographic changes including sclerosis or cyst formation without collapse.
- Stage III: Radiographic evidence of subchondral collapse (crescent sign), femoral head shape maintained.
- Stage IV: Complete collapse with joint space narrowing and secondary osteoarthritis³¹.

Steinberg Classification: This classification incorporates lesion size, providing prognostic value:

- Mild: Lesion involvement < 15% of femoral head.
- Moderate: 15 - 30% involvement.
- Severe: > 30% involvement. This granularity improves clinical decision-making regarding the urgency and type of interventions needed³².

The ARCO classification: This classification integrates advanced imaging techniques and histopathology for improved diagnostic precision and staging accuracy³³.

==== Clinical Presentation of Avascular Necrosis =====

Patients with AVN typically present with progressive pain in the affected hip or groin region, which may radiate to the thigh, knee, or buttocks. The pain often worsens with activity and weight-bearing and improves partially or completely with rest. Initially, patients may report mild discomfort, but as the disease progresses, pain becomes more severe and constant,

significantly affecting mobility and daily activities. Some patients might present with limited range of motion, particularly during hip internal rotation and abduction, which can further contribute to gait disturbances and functional impairment³⁴.

Physical examination may reveal tenderness around the hip joint, muscle wasting of the affected limb, and pain on passive movement, particularly internal rotation. In the later stages, patients might exhibit a noticeable limp and limitations in hip movement, affecting overall patient quality of life. Due to its gradual onset and nonspecific early symptoms, AVN can frequently go unrecognized until advanced stages, highlighting the importance of early clinical suspicion, especially in high-risk groups³⁵.

Overview of Hyperbaric Oxygen Therapy

HBO₂T involves patients breathing 100% oxygen under elevated atmospheric pressure (typically between 2.0 and 2.5 ATA), significantly enhancing plasma oxygen levels independent of hemoglobin concentration. This allows efficient oxygen delivery to ischemic tissues even in compromised vascular environments, potentially reversing hypoxia-induced cellular damage³⁴.

Mechanisms of HBO₂T in AVN: HBO₂T provides several biological benefits that comprehensively address the pathophysiological mechanisms involved in AVN:

- **Hyperoxygenation:** HBO₂T significantly increases oxygen tension in ischemic bone tissue, enhancing cellular survival and metabolic function. By raising oxygen concentration, it effectively mitigates hypoxic injury, preserving the viability of osteocytes and other bone-forming cells. This oxygenation is vital in maintaining tissue integrity, especially during periods of compromised vascular supply³⁵.
- **Promotion of Angiogenesis:** HBO₂T stimulates angiogenesis by activating various growth factors such as vascular endothelial growth factor (VEGF) and basic fibroblast growth factor (bFGF). These growth factors promote the proliferation of endothelial cells and enhance the formation of new capillaries, improving local blood circulation and nutrient delivery, crucial for healing necrotic bone areas³⁶.
- **Anti-inflammatory Effects:** HBO₂T exerts significant anti-inflammatory properties by modulating inflammatory cytokines and reducing oxidative stress. It decreases pro-inflammatory mediators such as interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), thereby mitigating inflammation-induced damage. By controlling inflammation, HBO₂T may slow or halt the destructive processes associated with AVN³⁷.
- **Reduction of Bone Marrow Edema and Intraosseous Pressure:** HBO₂T effectively decreases bone marrow edema and intraosseous pressure, common findings in AVN that contribute to pain and progression of bone destruction. The reduction of

edema and pressure alleviates symptoms, enhances patient comfort, and can potentially slow disease progression by minimizing mechanical stress within the bone³⁸.

- Enhanced Osteoblast Proliferation and Differentiation: HBO₂T directly stimulates osteoblast activity, promoting cell proliferation, differentiation, and enhanced mineralization. This activity significantly aids in bone regeneration and remodeling, helping repair necrotic lesions and restore structural integrity of the femoral head. Furthermore, HBO₂T supports the balance between osteoblastic and osteoclastic activities, essential for effective bone remodeling and repair³⁹.

Collectively, these mechanisms demonstrate HBO₂T's comprehensive therapeutic impact on AVN, particularly when applied during early stages of the disease⁴⁰.

The Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) has recognized HBO₂T as an effective adjunctive therapy for selected AVN cases, particularly beneficial in early-stage disease. The UHMS endorses HBO₂T use based on emerging clinical evidence, highlighting its potential to reduce the need for invasive surgical procedures and improve patient outcomes³⁰.

HBO₂T Procedure and Protocols: Hyperbaric oxygen therapy is conducted in specially designed chambers that allow precise control of atmospheric pressure. During each HBO₂T session, patients breathe pure oxygen, typically delivered via face mask or hood systems, within a controlled hyperbaric environment. Standard pressure levels utilized for AVN management range between 2.0 and 2.5 atmospheres absolute (ATA). Each session usually lasts between 60 and 90 minutes, depending on clinical protocols and individual patient requirements⁴¹.

The frequency and total number of HBO₂T sessions are critical for therapeutic success. Most clinical protocols recommend sessions to be performed five days per week, accumulating a total of approximately 30 to 60 sessions. The exact number may vary based on the stage and severity of AVN, as well as individual patient response and concurrent medical conditions⁴². Regular monitoring, typically involving clinical assessments, pain scoring, and radiographic evaluations such as MRI or X-ray, is essential to tailor treatment duration and intensity.

Prior to initiating HBO₂T, a thorough patient evaluation, including medical history, physical examination, and baseline imaging studies is conducted. Patients are screened carefully for contraindications to HBO₂T, including untreated pneumothorax, severe respiratory disease, or recent ear surgery. During HBO₂T sessions, careful monitoring of patients is performed to manage potential complications such as barotrauma, oxygen toxicity, or claustrophobia, although these events remain rare due to stringent safety protocols⁴³.

Following completion of an initial HBO₂T regimen, follow-up evaluations at regular intervals (usually every 3 - 6 months) are recommended to assess ongoing therapeutic benefits and to decide on the need for additional "booster" sessions or adjunctive treatments.

Patient adherence and compliance with therapy protocols significantly influence therapeutic outcomes, thus emphasizing the importance of comprehensive patient education and multi-disciplinary care⁴⁴.

=== Clinical Evidence Supporting HBO₂T in Avascular Necrosis ===

Hyperbaric oxygen therapy (HBO₂T) has increasingly been recognized as a promising intervention for the treatment of avascular necrosis (AVN) of the femoral head, especially in its early stages. Multiple clinical studies, including observational studies, case reports, randomized controlled trials (RCTs), and systematic reviews, provide substantial evidence supporting its efficacy.

Several observational studies and case reports have consistently demonstrated encouraging outcomes with HBO₂T in managing early-stage AVN. Reis et al.²² reported significant pain reduction and radiographic improvements in 81% of their cohort following HBO₂T sessions. Similar positive outcomes were reported by Camporesi et al.²³, who observed significant functional improvement and decreased requirements for surgical interventions. Fioravanti et al. further confirmed these findings in idiopathic AVN cases, reporting symptomatic and imaging improvements following HBO₂T²⁴.

Controlled clinical trials further strengthen the evidence base. Koren et al.²⁵ conducted a randomized controlled study comparing HBO₂T to core decompression. They found that HBO₂T provided similar symptomatic relief and radiological stability, emphasizing its potential as a viable non-surgical alternative. Additionally, a systematic review by Zhang et al.²⁶ concluded that HBO₂T significantly improved clinical symptoms and radiographic outcomes compared to conservative treatments alone, suggesting a clear benefit in incorporating HBO₂T into standard AVN treatment protocols.

Moreover, studies have demonstrated that HBO₂T can significantly reduce the progression to femoral head collapse in early AVN cases, thereby reducing or delaying the need for total hip replacement. Clinical trials have also noted an improvement in patient-reported outcomes such as pain, mobility, and overall quality of life⁴⁵.

Specific patient groups, such as those with sickle cell disease, also appear to benefit notably from HBO₂T. Case reports and clinical observations in these populations have documented complete or substantial resolution of AVN lesions with prolonged HBO₂T treatment courses, highlighting the therapy's versatility and broad applicability⁴⁶.

Long-term follow-up studies have provided insights into the sustained efficacy of HBO₂T. Patients receiving HBO₂T have demonstrated stable clinical and radiological outcomes years after therapy completion, underscoring its lasting therapeutic impact and potential to alter the natural progression of AVN significantly⁴⁷.

Collectively, these diverse lines of clinical evidence robustly support HBO₂T's role as an effective treatment for AVN, particularly when administered during the disease's early stages. Continued research and larger randomized controlled trials will further clarify optimal patient selection criteria and treatment protocols, solidifying its place within standard clinical practice⁴⁵.

Conclusion

Avascular necrosis (AVN) of the femoral head presents a substantial challenge in orthopedic practice, often progressing towards debilitating joint destruction and significantly impacting patients' quality of life. Traditional therapeutic modalities, although beneficial, frequently fail to achieve consistent long-term outcomes, particularly in advanced stages of AVN. Hyperbaric oxygen therapy (HBO₂T), emerging as a powerful adjunctive and potentially primary therapeutic approach, holds promise in addressing this clinical gap effectively, especially in early-stage disease.

HBO₂T's efficacy is rooted in its comprehensive biological impact, addressing the core pathological mechanisms of AVN through enhanced tissue oxygenation, stimulation of angiogenesis, modulation of inflammatory processes, and promotion of bone regeneration. The robust clinical evidence from various studies, including observational data, randomized controlled trials, and long-term follow-up studies, underscores HBO₂T's ability to reduce symptoms, delay disease progression, and potentially prevent the need for invasive surgical interventions such as total hip arthroplasty.

However, despite its demonstrated benefits, HBO₂T faces challenges regarding widespread adoption, including high treatment costs, limited availability of hyperbaric facilities, variability in insurance coverage, and the necessity for extended treatment durations. Overcoming these barriers will require concerted efforts to increase awareness among healthcare providers, optimize cost-effectiveness, and advocate for policy changes to improve patient access to HBO₂T.

Future research should aim to further validate hyperbaric oxygen therapy (HBO₂T) through larger, multicenter randomized controlled trials to establish standardized protocols and clarify optimal patient selection criteria. Additionally, exploring the synergistic potential of HBO₂T with emerging regenerative therapies such as stem cell and growth factor treatments could enhance its therapeutic efficacy and broaden its clinical applications. While international studies increasingly support the effectiveness of HBO₂T, research in Thailand remains limited. Despite the growing number of medical experts trained in HBO₂T, the lack of adequate research funding continues to hinder domestic advancements in this field.

In conclusion, HBO₂T presents a compelling therapeutic option for managing AVN of the femoral head, particularly when initiated early in disease progression. Its integration into

comprehensive patient management strategies offers significant potential to improve clinical outcomes, reduce healthcare burdens, and enhance patient quality of life, thus warranting its continued exploration and expanded implementation within clinical practice.

References

1. Mankin HJ. Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis). *N Engl J Med* 1992;326(22):1473-9.
2. Mont MA, Hungerford DS. Non-traumatic avascular necrosis of the femoral head. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77(3):459-74.
3. Weinstein RS. Glucocorticoid-induced osteonecrosis. *Endocrine* 2012;41(2):183-90.
4. Assouline-Dayana Y, Chang C, Greenspan A, Shoenfeld Y, Gershwin ME. Pathogenesis and natural history of osteonecrosis. *Semin Arthritis Rheum* 2002;32(2):94-124.
5. Zalavras CG, Lieberman JR. Osteonecrosis of the femoral head: evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2014;22(7):455-64.
6. Lafforgue P. Pathophysiology and natural history of avascular necrosis of bone. *Joint Bone Spine* 2006;73(5):500-7.
7. Kim HKW. Pathophysiology and new strategies for the treatment of Legg-Calvé-Perthes disease. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94(7):659-69.
8. Babis GC, Soucacos PN. Vascularity of the femoral head and the role of free vascularized fibular grafting in the treatment of avascular necrosis. *Microsurgery* 2007;27(7):568-71.
9. Mont MA, Jones LC, Hungerford DS. Nontraumatic osteonecrosis of the femoral head: ten years later. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88(5):1117-32.
10. Lieberman JR, Berry DJ, Mont MA. Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century. *Instr Course Lect* 2003;52:337-55.
11. Jäger M, Herten M, Fochtmann U, Fischer J, Hernigou P, Zikens C, et al. Bridging the gap: bone marrow aspiration concentrate reduces the defect zone in scaffold-mediated bone regeneration. *Int Orthop* 2011;35(5):747-58.
12. Hernigou P, Beaujean F. Treatment of osteonecrosis with autologous bone marrow grafting. *Clin Orthop Relat Res* 2002;(405):14-23.
13. Wang BL, Sun W, Shi ZC, Zhang Y, Yin X, Li Z, et al. Treatment of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head with core decompression and implantation of bone marrow mononuclear cells: a follow-up study. *Chin Med J* 2011;124(21):3440-4.
14. Moon RE. Mechanism of action of hyperbaric oxygen therapy. In: Bosco G, Rizzato A, editors. *Hyperbaric oxygen therapy indications*. 14th ed. North Palm Beach, FL: Undersea and Hyperbaric Medical Society; 2019. p. 327-34

15. Camporesi EM, Bosco G. Mechanisms of action of hyperbaric oxygen therapy. *Undersea Hyperb Med* 2014;41(3):247-52.
16. Ficat RP. Idiopathic bone necrosis of the femoral head. Early diagnosis and treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1985;67(1):3-9.
17. Zhao DW, Yu M, Hu K, Wang W, Yang L, Wang BJ, et al. ARCO consensus on the diagnosis and treatment of osteonecrosis of the femoral head. *J Orthop Translat* 2020;22:1-13.
18. Steinberg ME, Hayken GD, Steinberg DR. A quantitative system for staging avascular necrosis. *J Bone Joint Surg Br* 1995;77(1):34-41.
19. Jain KK. Textbook of hyperbaric medicine. 6th ed. Cham: Springer; 2017.
20. Lin L, Xu H, Zhao S, Li X, Zhang J, Zhang X, et al. The effect of hyperbaric oxygen therapy on cytokines in early femoral head necrosis. *Exp Ther Med* 2017;14(2):1427-31.
21. Guo H, Guo D, Yang K, Deng S, Wang X, Zhu X, et al. Effects of hyperbaric oxygen therapy on angiogenesis and osteogenesis in glucocorticoid-induced osteonecrosis. *Bone Joint Res* 2020;9(8):447-56.
22. Reis ND, Schwartz O, Militianu D. Hyperbaric oxygen therapy as a treatment for stage-I femoral head osteonecrosis. *J Bone Joint Surg Br* 2003;85(3):371-5.
23. Camporesi EM, Vezzani G, Bosco G, Mangar D. Hyperbaric oxygen therapy in femoral head necrosis. *J Arthrosc Jt Surg* 2016;3(4):188-92.
24. Fioravanti A, Cheleschi S, Pascarelli NA. Short- and long-term effects of hyperbaric oxygen therapy in idiopathic femoral head necrosis: a pilot study. *Clin Rheumatol* 2012;31(3):493-8.
25. Koren L, Dolev E, Arbel Y, Kollender Y, Melamed E, Luria S, et al. Hyperbaric oxygen therapy for early-stage avascular necrosis of the femoral head: a randomized controlled study. *Int J Clin Pract* 2021;75(6):e14061.
26. Zhang Q, Guo W, Lu Y, Wang Y, Wang J, Wang B et al. Efficacy and safety of hyperbaric oxygen therapy for femoral head necrosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2021;35(8):1157-67.
27. Bosco G, Vezzani G, Mrakic-Spota S, Rizzato A, Enten G, Abou-Samra A, et al. Long-term follow-up of patients with osteonecrosis treated with HBOT. *Undersea Hyperb Med* 2020;47(3):335-44.
28. Zhang H, Wang J, Wen H, Zhang J, Zhang X, Wang X, et al. HBOT in the treatment of early-stage ONFH: a follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23(1):121.
29. Buras JA, Holt D, Orlow D, Belikoff B, Pavlides S, Reenstra WR. Hyperbaric oxygen protects from sepsis mortality via an interleukin-10-dependent mechanism. *Crit Care Med* 2006;34(10):2624-9.

30. Enoch T. Avascular necrosis. In: Camporesi EM, Zanon V, editors. Hyperbaric oxygen therapy indications. 15th ed. Undersea and Hyperbaric Medical Society; 2023. p. 595-606.
31. Ficat RP. Idiopathic bone necrosis of the femoral head. Early diagnosis and treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1985;67(1):3-9.
32. Steinberg ME, Hayken GD, Steinberg DR. A quantitative system for staging avascular necrosis. *J Bone Joint Surg Br* 1995;77(1):34-41.
33. ARCO Committee on Terminology and Staging. The ARCO consensus on the pathogenesis, staging, and treatment of osteonecrosis of the femoral head. *J Arthroplasty* 2019;34(7S):S41-6.
34. Vezzani G, Maccauro G, Ferretti A, Camporesi E, Pascarella R, Borro L, et al. The role of HBOT in osteonecrosis of the femoral head: a review. *Acta Biomed* 2020;91(14):e2020015.
35. Guo H, Guo D, Yang K, Wang L, Zhang L, Zhang Y, et al. Effects of hyperbaric oxygen therapy on angiogenesis and osteogenesis in glucocorticoid-induced osteonecrosis. *Bone Joint Res* 2020;9(8):447-56.
36. Baroni G, Caimmi PP, Galeazzi R, Vezzani G, Mrakic-Sposta G, Camporesi A, et al. Long-term effects of HBOT in femoral head necrosis: a retrospective study. *J Clin Med* 2021;10(15):3421.
37. Thom SR. Oxidative stress is fundamental to hyperbaric oxygen therapy. *J Appl Physiol* 2009;106(3):988-95.
38. Bosco G, Vezzani G, Mrakic-Sposta S, Rizzato A, Enten G, Abou-Samra A, et al. Hyperbaric oxygen therapy and oxidative stress. *Oxid Med Cell Longev* 2018;2018:1-10.
39. Heyboer M, Milovanova TN, Wojcik S, Grant W, Chin M, Hardy K, et al. CD34+/CD45-dim stem cell mobilization by hyperbaric oxygen-changes with oxygen dosage. *Stem Cell Res* 2014;12(3):638-45.
40. Heyboer M, Sharma D, Santiago W, McCulloch N. Hyperbaric oxygen therapy: side effects defined and quantified. *Adv Wound Care* 2017;6(6):210-24.
41. Mathieu D, Marroni A, Kot J. Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: recommendations for accepted and non-accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment. *Diving Hyperb Med* 2017;47(1):24-32.
42. Lee EW, Hsu KH, Jenq CC. Hyperbaric oxygen therapy: acute and long-term effects on skeletal system. *Clin Orthop Relat Res* 2006;(447):204-10.
43. Monge G, Otto-Yáñez M, Norambuena N, Martínez V, Retamales D, Torres-Castro R. Safety of hyperbaric oxygenation treatment and evaluation of associated clinical parameters: a single-institutional prospective cohort study. *International Journal of Translational Medical Research and Public Health* 2023;7(1):1-12.
44. Heyboer M. Hyperbaric oxygen therapy utilization in musculoskeletal conditions. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2019;30(4):801-15.



45. Wang Z, Sun H, Wang X, Liu Z, Wang D, Wang W, et al. Hyperbaric oxygen therapy in early-stage non-traumatic AVN: an evidence-based review. *Orthop Surg* 2019;11(6):1065-70.
46. Yahyaoui R, Nouri H, Boudokhane M, Kammoun S, Jemni H, Abdelkefi N, et al. Hyperbaric oxygen therapy in the management of femoral head osteonecrosis in sickle cell disease: Report of three cases. *Hematol Rep* 2017;9(3):7225
47. Vezzani G, Cancellara P, De Grandis D, Camporesi E, Manger D, Berasek T, et al. Long-term efficacy of HBOT in early femoral head AVN: a retrospective study. *Oxygen Transport to Tissue XXXVII* 2016;876:323-8.

หลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน

Preventive Technician Training Course

สุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์* ขวัญตา พลับทอง**

Suwapak Vesamavibool,* Kwanta Phabthong**

*,** กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร

*,** Academic Affairs Division, Academic Affairs Service Center, Naval Medical Department,

Royal Thai Navy, Bangkok

* Corresponding Author: ksuwapak@gmail.com

บทนำ

งานเวชกรรมป้องกัน ถือได้ว่าเป็นภารกิจที่สำคัญยิ่งของการสาธารณสุข เนื่องจากการดำเนินการทางการแพทย์ที่มุ่งให้การส่งเสริม ป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยอาศัยข้อมูลด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคม นำมาใช้วางแผนในการให้บริการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง สมบูรณ์ ป้องกันการป่วย การตาย และลดความพิการจากโรค ซึ่งนับแต่อดีตจนกระทั่งถึงปัจจุบัน กรมแพทย์ทหารเรือ (พร.) ได้มีการจัดหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านเวชกรรมป้องกัน โดยใน ปี พ.ศ. 2488 มีการจัดตั้งแผนกสุขภาพภิบาล มีหน้าที่ ตรวจสอบและจัดการสุขภาพภิบาลสถานที่ต่างๆ ของทหารเรือ¹ และจัดการป้องกันโรคระบาดโดยทั่วไป และได้มีการปรับโครงสร้างองค์กรเป็น กองเวชกรรมป้องกัน ในปี พ.ศ. 2516 มีกำลังพลสายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันกระจายอยู่ในสถานพยาบาลกองทัพเรือที่มีแพทย์ประจำ (L1) เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาสมรรถภาพกำลังพลกองทัพเรือ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประวัติความเป็นมาของหลักสูตร

ในปี พ.ศ. 2550 กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ (กวก.ศวก.พร.) ได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Nursing of Health Promotion and Preventive) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า ได้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงสามารถทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานอื่นๆ ได้ โดยหลักสูตรฝึกอบรมมีระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย หมวดวิชาหลัก 10 รายวิชา 12 หน่วยกิต การจัดการอบรมในปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนผู้สำเร็จการอบรม 24 นาย² หลังจากนั้นไม่ปรากฏการเปิดหลักสูตรการฝึกอบรมในปีต่อๆ มา จนกระทั่งปีงบประมาณ 2567 กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ (กวก.พร.) มีความจำเป็นต้องพัฒนากำลังพลสายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน เพื่อให้มีความรู้และสมรรถนะที่เท่าทันกับวิทยาการที่เปลี่ยนแปลงไป และเมื่อพิจารณาหลักสูตรฯ เดิม ที่ได้จัดทำไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แล้วพบว่า หลักสูตรฯ มีความล้าสมัย ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาและโรคเขตร้อนของ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมที่เปลี่ยนไปเป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินทางการแพทย์ จึงทำให้ต้องมีการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตร

กวก.ศวก.พร. และ กกป.พร. ได้ร่วมกันพัฒนา “หลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2568”³ ประกอบด้วยหมวดวิชาหลัก 8 วิชา 11 หน่วยกิต ประกอบด้วย 1) วิชาระบาดวิทยาและโรคเขตร้อน 2) วิชาภูมิวิทยาทางการแพทย์ 3) วิชาการส่งเสริมสุขภาพ 4) วิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 5) วิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม 6) วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 7) วิชาอนามัยชุมชน 8) วิชาการฝึกปฏิบัติการเทคนิคเวชกรรมป้องกัน และวิชาการกิจกรรมเสริมทักษะและการบรรยายพิเศษ ซึ่งเป็นวิชาที่สัมพันธ์กับวิชาหลัก มีระยะเวลาการศึกษาอบรม 10 สัปดาห์

กระบวนการจัดการเรียนการสอน

การจัดการฝึกอบรมหลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้สนใจจำนวนมาก เนื่องจากหลักสูตรฯ ไม่ได้เปิดมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีผู้เข้ารับการอบรมเต็มจำนวนตามแผนที่กำหนดไว้ คือ 30 นาย จากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย กกป.พร., โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ พร., โรงพยาบาลโรงเรียนนายเรือ, โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ (ฐท.สส.), โรงพยาบาลฐานทัพเรือสงขลา ทัพเรือภาคที่ 2, โรงพยาบาลฐานทัพเรือพังงา ทัพเรือภาคที่ 3, โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ, กองพันพยาบาล กรมสนับสนุน กองพลนาวิกโยธิน หน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน, กองพันพยาบาล กรมสนับสนุน หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง, อุทการเรือพระจุลจอมเกล้า กรมอุทการเรือ, ส่วนปฏิบัติการทัพเรือภาคที่ 1 กองเรือยุทธการ และหน่วยสงครามพิเศษทางเรือ กองเรือยุทธการ

หลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกันได้รับอนุมัติจากเงินรายรับสถานพยาบาลกองทัพเรือในการจัดการอบรม ซึ่งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยงดการให้ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าเดินทางสำหรับผู้เข้ารับการอบรม สังกัดนอกกรุงเทพและปริมณฑล ทำให้ กวก.ศวก.พร. ต้องอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในกระบวนการจัดการฝึกอบรม และแบ่งการจัดพื้นที่อบรม 2 พื้นที่ คือ 1) ห้องฝึกอบรม กวก.ศวก.พร. สำหรับผู้เข้ารับการอบรมที่สังกัดกรุงเทพและปริมณฑล มีครูประจำหลักสูตรของ กวก.ศวก.พร. ร่วมกับข้าราชการจาก กกป.พร. เป็นผู้ควบคุมการจัดการอบรม และ 2) ห้อง War room โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร. สำหรับผู้เข้ารับการอบรมที่สังกัดพื้นที่สัตหีบ มีข้าราชการจาก กกป. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐท.สส. และ ข้าราชการจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร. เป็นผู้ควบคุมฯ การใช้แพลตฟอร์มการสื่อสาร Cisco Webex ในการจัดการอบรมแบบ Online ในภาคทฤษฎี โดยวิทยากรที่ใกล้พื้นที่ได้ก็ใช้การสอนจากห้องฝึกอบรมในพื้นที่นั้น ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละพื้นที่มีโอกาสได้เรียนแบบ Onsite ในบางหัวข้อหรือบางวิชา



ภาพที่ 1 การจัดการอบรม ณ ห้องฝึกอบรม กวก.ศวก.พร. และ ห้อง War room โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร.

สำหรับการจัดการฝึกภาคสนามวิชาปฏิบัติการเทคนิคเวชกรรมป้องกัน จัดการฝึกเป็น 2 พื้นที่ เช่นเดียวกัน โดยครุניתะในพื้นที่กรุงเทพ มาจากข้าราชการของ กกป.พร. และครุניתะในพื้นที่สัตหีบ มาจาก ข้าราชการของ กกป. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ รฐ.สส. ซึ่งครุניתะจากทั้ง 2 พื้นที่ มีความรู้ ประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในงานสายนี้มายาวนานมากกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตามการฝึกภาคสนามที่มีการจัดแบ่งพื้นที่ จัดกลุ่มย่อยของผู้เข้ารับการอบรมในการฝึกประสบการณ์แต่ละหัวข้อ จัดกลุ่มครุניתะที่มีจำนวนมากและ หลากหลายประสบการณ์ จึงมีความจำเป็นที่ต้องประชุมครุניתะเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกแต่ละหัวข้อ การจัดทำแบบประเมินประสบการณ์ การคัดเลือกพื้นที่ในการฝึกที่มีคุณภาพทัดเทียมกันระหว่างพื้นที่กรุงเทพ และสัตหีบ ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องใช้ระยะเวลา มีการจัดประชุมหลายครั้งเพื่อให้การจัดฝึกประสบการณ์แก่ผู้เข้ารับการ อบรมได้ผลสัมฤทธิ์ที่มีมาตรฐานที่สุด

หัวข้อระบาดวิทยาและโรคเขตร้อน ฝึกการประเมินทางระบาดวิทยาและโรคเขตร้อน การเฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยา การวินิจฉัยแยกโรค แนวทางการป้องกันโรค การให้คำแนะนำป้องกันโรค ในพื้นที่กรุงเทพ ได้ใช้ แหล่งฝึก ประกอบด้วย กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และฐานทัพเรือ กรุงเทพ สำหรับพื้นที่สัตหีบ ใช้แหล่งฝึก กกป. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ รฐ.สส., กรมสารวัตรทหารเรือ และศูนย์ฝึกทหารใหม่ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ

หัวข้อสุขาภิบาลหน่วยบก - หน่วยเรือ รวมทั้งสุขาภิบาลอาหาร ฝึกปฏิบัติตรวจคุณภาพเสปียงสด และคุณภาพน้ำดื่มที่ใช้ ตามระเบียบกองทัพอเรือ 2541 สุขาภิบาลเรือตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations: IHR 2005) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การฝึกทักษะการตรวจสุขาภิบาลหน่วยบก ใช้สถานที่ในหน่วย ทหารพักประจำหน่วยเป็นหมู่คณะ (กราบพักทหาร) และหน่วยเรือบนเรือรบหลวงของกองทัพอเรือ (ทร.)

หัวข้อสุขศึกษาและอนามัยชุมชน การสอนภาคทฤษฎีเป็นกระบวนการบูรณาการร่วมกับอาจารย์แพทย์ ที่ดูแลสถานรับเลี้ยงเด็กปฐมวัย ทร. อาจารย์พยาบาลจากคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน โดยให้ผู้เข้ารับการ อบรมจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาชุมชน การให้คำแนะนำ ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพทหารและพลเรือน ซึ่งได้มีการคัดเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง และศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทรฉิมไพบูลย์ สำหรับพื้นที่กรุงเทพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาคันธมาพันธ์, บ้านพักส่วนกลาง รฐ.สส. สำหรับ พื้นที่สัตหีบ

หัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ หัวข้ออนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สุขาภิบาลอาหาร สุขาภิบาลบก สุขาภิบาลเรือ ฝึกปฏิบัติ ณ กกป.พร., กกป. โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ รฐ.สส. และโรงงานสังกัด ทร.



ภาพที่ 2 การฝึกประสบการณ์ระบาดวิทยาและโรคเขตร้อน สุขศึกษาและอนามัยชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ

ในสัปดาห์ที่ 9 - 10 เป็นการจัดการอบรมในพื้นที่กรุงเทพ ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนจะฝึกภาคสนาม วิชาชีววิทยาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการฝึกทดลองในห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นครูนิเทศ



ภาพที่ 3 การฝึกภาคสนามวิชาชีววิทยาทางการแพทย์ในห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการศึกษาดูงานระดับวิทยา ฒ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาดูงานการส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นการนำวิทยาศาสตร์การกีฬาและเทคโนโลยีด้านเวชศาสตร์การกีฬามาช่วย ในการติดตามข้อมูลและส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ฒ การกีฬาแห่งประเทศไทย และศึกษาดูงานอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม ฒ บริษัท เอสซีจี เคมิคอลส์ จำกัด (มหาชน) จว.ระยอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ เปิดโลกทัศน์ และนำความรู้และเทคนิควิธีการที่ได้รับจากการศึกษาดูงานมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางาน เวชกรรมป้องกันของ พร. ในอนาคต



ภาพที่ 4 การศึกษาดูงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, การกีฬาแห่งประเทศไทย และบริษัท เอสซีจี เคมิคอลส์ จำกัด (มหาชน) จว.ระยอง

คุณสมบัติของผู้สำเร็จการอบรม

จากที่กล่าวแล้วข้างต้นว่า ในการจัดทำหลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2568 ได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงเนื้อหาวิชาให้มีมาตรฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาและโรคเขตร้อน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มเนื้อหาและจำนวนหน่วยกิตจาก 1 หน่วยกิต เป็น 2 หน่วยกิต ภายหลังสำเร็จการอบรมนอกจากผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรจาก พร. แล้ว ยังได้รับใบรับรอง

ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข นับได้ว่าหลักสูตรนี้ได้พัฒนาบุคลากรของ พร. สายเวชกรรมป้องกันให้มาตรฐานในระดับประเทศเป็นครั้งแรก



ภาพที่ 5 พิธีสำเร็จการอบรมและประกาศนียบัตร

โอกาสพัฒนาหลักสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน

1. ด้านเนื้อหา

1.1 ควรเพิ่มเนื้อหาสุขภาพหน่วยบก - หน่วยเรือ ตามระเบียบกองทัพอเรือ 2541 และสุขภาพเรือ ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) โดยองค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หลักและวิธีการตรวจสุขภาพเรือตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ และการฝึกทักษะ การตรวจสุขภาพเรือ

1.2 ควรเพิ่มเนื้อหาและฝึกทักษะในการใช้ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ (Digital Disease Surveillance: DDS) เพื่อให้การปฏิบัติงานในหน่วยแพทย์ ทร. สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลการฝึกภาคสนามในแต่ละหัวข้อมระหว่าง ผู้เข้ารับการอบรมในพื้นที่กรุงเทพและพื้นที่สตึก เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการฝึกประสบการณ์ในบริบทที่ แตกต่างกัน

2. ด้านครูนิเทศ

2.1 การแบ่งพื้นที่ฝึก และการแบ่งกลุ่มย่อยของผู้เข้ารับการอบรมออกเป็นหลายกลุ่ม โดยมีครูนิเทศ หลายคนและต่างพื้นที่ ทำให้การประเมินผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จึงควรมีการเตรียมครูนิเทศในการประเมินผลให้มีสอดคล้องกันระหว่าง ผู้ประเมินจำนวนหลายคน หรือ Interrater reliability เพื่อให้มั่นใจว่าผลการประเมินมีความคงเส้นคงวา ไม่ขึ้นอยู่กับผู้ประเมินคนใดคนหนึ่ง

2.2 การเตรียมข้าราชการในสายเวชกรรมป้องกันให้มีความสามารถเป็นครูนิเทศเพิ่มขึ้น เพื่อทดแทน ครูนิเทศชุดเดิมได้ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญลุ่มลึกในศาสตร์นี้มากยิ่งขึ้น

3. ด้านสื่อ สื่อทัศนูปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการศึกษา

ควรปรับปรุงและพัฒนาให้มีอินเทอร์เน็ตของทั้ง 2 พื้นที่ ที่มีความเสถียร เพื่อให้การจัดการอบรม เป็นไปอย่างราบรื่น และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



เอกสารอ้างอิง

1. Preventive Medicine, Naval Medical Department. History. [Internet]. [cited 2025 Oct 10]. Available from: <https://preventmed.nmd.go.th>. (in Thai).
2. Academic Affairs Division, Academic Affairs Service Center, Naval Medical Department. Nursing of Health Promotion and Preventive Course, 2007. Bangkok: Naval Medical Department; 2007. (in Thai).
3. Academic Affairs Division, Academic Affairs Service Center, Naval Medical Department. Preventive Technician Training Course, 2025. Bangkok: Naval Medical Department; 2025. (in Thai).

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ

วารสารแพทย์นาวิ เป็นวารสารของกรมแพทย์ทหารเรือ จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล บทความที่ตีพิมพ์ ประกอบด้วย บทความวิจัย บทความวิชาการ สิ่งประดิษฐ์ รายงานผู้ป่วย และบทความพิเศษ โดยไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ บทความทุกเรื่องจะผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้นิพนธ์ (Double-blind peer review) ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่หรืออยู่ในระหว่างเสนอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

วารสารแพทย์นาวิ มีขั้นตอนการดำเนินการจัดทำ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของต้นฉบับ
2. กองบรรณาธิการ จัดส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ในสาขาวิชานั้นๆ พิจารณากลับกรอง ใช้เวลาในการพิจารณากลับกรองครั้งที่ 1 ประมาณ 4 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ในครั้งที่ 2 (ถ้ามี)
3. กองบรรณาธิการ จัดส่งผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้นิพนธ์แก้ไข ให้เวลาแก้ไข 2 สัปดาห์ในครั้งที่ 1 และ 1 สัปดาห์ในครั้งที่ 2
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ถ้าไม่มีการแก้ไขส่งให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้ง
5. กองบรรณาธิการ จัดพิมพ์ต้นฉบับ และส่งให้ผู้นิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของบทความ
6. กองบรรณาธิการ ส่งต้นฉบับให้โรงพิมพ์ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของบทความทั้งฉบับ
7. กองบรรณาธิการดำเนินการเผยแพร่ในระบบออนไลน์

ประเภทของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่ทำการขึ้นใหม่ มีหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 หน่วยงานสังกัดของผู้นิพนธ์ ให้ระบุชื่อหน่วยงานหรือสถาบัน และใส่ E-mail ของผู้นิพนธ์หลัก (Corresponding Author)

1.4 บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนสรุปสาระสำคัญของเรื่อง โดยบทคัดย่อภาษาไทยและบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ (ไม่รวมคำสำคัญ) โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาตรงกันใช้อักษรตัวตรง จะใช้ตัวเอนเฉพาะศัพท์วิทยาศาสตร์ บทคัดย่อภาษาอังกฤษควรผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษมาแล้ว



1.5 คำสำคัญ ระบุคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ไม่ควรเกิน 5 คำ

1.6 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนของเนื้อหาที่บอกความเป็นมาและเหตุผลนำไปสู่การศึกษาวิจัยและควรอ้างอิงงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1.7 วัตถุประสงค์การวิจัย ให้ชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษา

1.8 วิธีการศึกษา ต้นฉบับด้านวิทยาศาสตร์ควรอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ สารเคมี และวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ต้นฉบับด้านสังคมศาสตร์ควรอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

1.9 ผลการวิจัย เป็นการเสนอสิ่งที่ได้จากการวิจัยเป็นลำดับ อาจแสดงด้วยตาราง กราฟ แผนภาพ ประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตารางควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา หัวตารางแบบธรรมดาไม่มีสี ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปที่ชัดเจนและมีคำบรรยายได้รูป

1.10 การอภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัย เป็นการสรุปผลที่ได้จากการวิจัย ควรมีการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบการทดลองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1.11 กิตติกรรมประกาศ เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ (อาจมีหรือไม่ก็ได้)

1.12 เอกสารอ้างอิง เป็นการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ไม่ควรเกิน 25 รายการ สามารถศึกษาได้จาก “ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง”

2. บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหา วิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

3. สิ่งประดิษฐ์ (Innovations) กล่าวถึงสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งจะเน้นรายละเอียดของส่วนประกอบ และการทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ ข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้น โดยมีการทดลองตามขั้นตอน มีสถิติสนับสนุนวิจารณ์ เหมือนกับการเขียนบทความวิจัย

4. รายงานผู้ป่วย (Case reports) เป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วยมีประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เสนอข้อคิดเห็น สรุป วิจัย และเอกสารอ้างอิง

5. บทความพิเศษ (Special topic) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่น่าสนใจและทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ทางทะเล หรือวิทยาการด้านการแพทย์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ขนาดของต้นฉบับ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 15 พิมพ์แบบเสมอนำ-หลัง (Justified) เว้นระยะขอบทุกด้านของหน้ากระดาษอย่างน้อย 1 นิ้ว การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก จะใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ที่เป็นตัวอักษรตัวแรกของคำ (ตัวอย่าง Depression) หรือชื่อเฉพาะ (ตัวอย่าง Content Validity Index: CVI) และให้ใส่เลขหน้าทุกหน้าที่มีบนขวา ความยาวบทความไม่ควรเกิน 15 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

2. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง หากอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ด้านบน (ด้วยก) ที่ข้างท้ายของชื่อเจ้าของผลงานหรือข้อความที่คัดลอกมา ไม่ต้องใส่วงเล็บตัวเลข โดยตัวเลขนั้นๆ หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงไว้ข้างท้ายบทความ การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 ซึ่งให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความนั้น แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือมีการคัดลอกข้อความนั้นซ้ำอีก ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. เอกสารใบรับรองจริยธรรม ผู้นิพนธ์ต้องแสดงข้อความในบทความ หัวข้อ “การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง” ว่าได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในกรณีที่เป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์ ตามเงื่อนไขของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยระบุเลขหนังสือที่อนุมัติ วันที่รับรอง และวันสิ้นสุดการรับรอง และขอให้ผู้นิพนธ์ส่งไฟล์เอกสารใบรับรองจริยธรรมให้กองบรรณาธิการ โดยแนบ PDF ไฟล์ และอัปโหลดไฟล์ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย หรือจะแนบมาในช่อง Discussion ซึ่งจะมีให้ผู้นิพนธ์ Add ไฟล์เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File ตรง ส่วนประกอบบทความ (Article Component) เป็นประเภท ไฟล์บทความ (Article Text)

4. การส่งบทความต้นฉบับ

Submission บทความใน Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>

5. เกณฑ์การประเมินบทความ

เมื่อผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบ กองบรรณาธิการจะพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณาจะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินคืนผู้นิพนธ์ เพื่อให้แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล



6. แนวทางในการพิจารณาตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์

• ถ้าเป็นบทความวิจัย ต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยต้องแนบไฟล์เอกสารรับรอง ที่มีการระบุชื่อเรื่องที่อนุมัติ เลขหนังสือที่อนุมัติ วันที่รับรอง และวันสิ้นสุดการรับรอง

• ผ่านการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 ท่าน ได้ผลสรุปการประเมินที่ชัดเจนว่าจะตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์

• ผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

• กองบรรณาธิการได้ตรวจสอบแล้วว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์นั้นไม่มีการลอกเลียนหรือตัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือปราศจากการอ้างอิง หรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อน

• การติดต่อผู้นิพนธ์เพื่อการตรวจแก้ไขหรือตอบรับ/ปฏิเสธการตีพิมพ์จะกระทำผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (Thai Journal Online System: ThaiJO)

7. ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแพทยนาวิถือเป็นลิขสิทธิ์ของกรมแพทย์ทหารเรือ ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ซ้ำ เว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตจากกรมแพทย์ทหารเรือเป็นลายลักษณ์อักษร

8. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

.....

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงของวารสารแพทย์นาวิ

วารสารแพทย์นาวิใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

- รายชื่อผู้แต่ง ให้เริ่มต้นด้วยนามสกุลของผู้เขียนคนแรก ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma) หลังชื่อทุกคน หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกแล้วตามด้วย และคณะ หรือ et al.
- หากเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้ผู้เขียนปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายเอกสารอ้างอิงว่า (in Thai)
- โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมาย การวรรคตอน และช่องไฟ ของตัวอย่างที่แสดงดังต่อไปนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

- **หนังสือ (Book)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Marquis BL, Hunton CL. Leadership role and management function in nursing: theory and application. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
2. Srisomboon J, Supakrapongkul P. Colposcopy. In Srisomboon J, Kietpeerakul C, editors. Gynecologic oncology. Bangkok: Pimdee; 2011. p. 59-76. (in Thai).

- **อ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ**

(Chapter in book)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ใส่ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรกของบท-เลขหน้าสุดท้ายของบท.

ตัวอย่าง

1. Ahmed S, Kileny PR. Diagnostic audiology. In: O'Neill JP, Shah JP, editors. Self- assessment in otolaryngology. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 123-60.
2. Chaiyakul T. Diving related physiology. In: Chaiyakul T, editor. Underwater medicine. Bangkok: Natikul Press; 2022. p. 21-41. (in Thai).



- **วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ (Thesis/Dissertation)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต/วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, ชื่อคณะ].
ชื่อสถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Shangyom D. Self-care behaviors in older persons with upper respiratory tract infection. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2018. (in Thai).

- **รายงานการวิจัย (Research report)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [รายงานการวิจัย]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Urairat A, Yenyuak C. Quality of life in private university student, Pathum Thani province. [Research Report]. Pathum Thani: Rangsit University; 2017. (in Thai.)

- **รายงานจากการประชุมทางวิชาการ (Conference proceedings)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่จัดประชุม; สถานที่จัด. เมืองที่จัดพิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

Horneland AM. Cooperating network of telemedical maritime assistance services: TMAS. To the future of Thai maritime medicine; 2015 November 11-12. Montien Riverside Hotel, Bangkok. Samut Prakan: 2Twin Printing; 2015. p. 1-8.

- **วารสาร (Journal)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่องในวารสาร. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าที่อ้างอิงถึง
หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. J Am Diet Assoc 2010;110(6):879-91.
2. Jitautai W, Masingboon K, Mounkum S. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. RTN Med J 2021;49(2):417-33. (in Thai).



- เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic material)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. แหล่งที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ.

ตัวอย่าง

1. Joanna Briggs Institute. JBI critical appraisal tools. [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
2. Samutprakan Hospital. Annual statistical report B.E.2563-2565. [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/03/1>. (in Thai).

.....



วารสารแพทย์นาวิ
Royal Thai Navy Medical Journal



แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทยนาวิ

- ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์คนที่ 1 (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....

สถานที่ติดต่อผู้นิพนธ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....
- ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์คนที่ 2 (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....

สถานที่ติดต่อผู้นิพนธ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....
- ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์คนที่ 2 (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....

สถานที่ติดต่อผู้นิพนธ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....

• ในกรณีที่ผู้นิพนธ์กำลังศึกษาในระดับดุขภูภักษิต/มหำภักษิต โปรตรระบุ

ชื่อหลักสุตร.....สาขาวิชา.....แขนงวิชา(ถ้ามี)

คณะ.....สถาบันการศึกษา.....
- ประเภทของบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ สิ่งประดิษฐ์ ☐ รายงานผู้ป่วย

* ในกรณีเป็นงานวิจัย โปรตรระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย.....
- ต้องการผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน จำนวน ☐ 2 ท่าน ☐ 3 ท่าน
- ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ บทความฯ ที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

☐ เนื้อหาในบทความฯ เกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้นโดยผู้นิพนธ์เอง ไม่ได้ลอกเลียนหรือดัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต/ปราศจากการอ้างอิง หรือได้ผ่านการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขรวิสุทธ์/โปรแกรมอื่นที่เทียบเคียง พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)

☐ เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบที่วารสารกำหนดใน “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ”

☐ บทความวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

☐ บทความฯ ที่ส่งมาได้รับความเห็นชอบจากผู้นิพนธ์ร่วมทุกท่านแล้ว

☐ ยินดีแก้ไขบทความตามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และบรรณาธิการเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บทความฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารแพทยนาวิ ไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ซ้ำในวารสารฉบับอื่นได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุขภูภักษิต/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





วิสัยทัศน์ กรมแพทยทหารเรือ

“องค์กรแพทยทหารของกองทัพเรือที่มีคุณภาพ
และประชาชนเชื่อมั่นไว้วางใจ”

พันธกิจ

1. ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อสุขภาพที่ดีของกำลังพลกองทัพเรือ
ครอบครัว และประชาชน
2. ส่งกำลังบำรุงสายแพทย์และให้การสนับสนุนทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติการทางทหาร
ทั้งในด้านการฝึกและในพื้นที่ปฏิบัติการ
3. ฝึก ศึกษา อบรม วิชาการแพทย์เพื่อพัฒนาการบริการทางการแพทย์ให้กับกองทัพเรือ

แผนยุทธศาสตร์กรมแพทยทหารเรือ พ.ศ. 2565 - 2568



สำนักงานกองบรรณาธิการ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
504/56 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรคดี
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600



Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>