



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

JOURNAL OF NURSING SIAM UNIVERSITY



Faculty of Nursing
Siam University

ปีที่ 25 ฉบับที่ 49 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN 1513-5454

Vol.26 No.49 July - December 2024

สารบัญ

บทความ	หน้า
การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน “English for Nursing 1” An Analysis of Speaking Activities on the “English for Nursing 1” ทศพร ไทกิจฐธรรมกุล	10-21
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง Effect of Implementing Clinical Nursing Practices to Prevent Endotracheal Tube Extubation in Medical Intensive Care Units, Chom Thong Hospital รสลิน ชัยวุฒิ และจิรณัฐ ชัยชนะ	22-33
ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด - 19 Effect of Social Support Program Using Application Line to Stress of Aging in the COVID - 19 Situation ชัยสิทธิ์ ทันทีก และฉัญชานา พิมพ์พันธ์ชัยบุญลย์	34-43
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา Predictive Factors of Breast Cancer Prevention Behavior among Female University Students in Chachoengsao Province ศิริวรรณ ตูรงค์เรือง และเพ็ญศิริ สันตโยภาส	44-56
ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก Results of Using the Relax Touch Innovation to Distract Pain During the Active Phase of Labor in First-Time Births พิชากรณ จันทนกุล สุกฤตา ตะการีย์ และอรัญญา ธรรมโหระ	57-65
การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอลำป่าง Development of Health Literacy Program in Promoting the use of Blue Book Application Among the Elderly in Thung Hua Subdistrict, Wang Nuea District, Lampang Province ณัฐพงศ์ ต๊ะจันทร์ สหพร เทียมจันทร์ และอ้อมททัย ดีแท้	66-77
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลบางพลี Prevalence and Factors Associate with Anemia Among Pregnant Women Receiving Antenatal Care at Bangplee Hospital อรอนงค์ บัวลา รัชดา พ่วงประสงค์ พลอยชมพู สุวรรณชาติ และเพ็ญศิริ รักสันเทียะ	78-86
การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ Health Communication for Professional Nurses จิรณัฐ ชัยชนะ	87-97
บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน Nurse's Role in Caring Cognitive Impairment in Persons with Diabetes Mellitus กษิณี กัณหาวิโร	98-110

Journal of Nursing, Siam University Editorial • Faculty of Nursing, Siam University

E-mail: jsiamns@siam.edu

38 Petchkasem Road, Bang-Wa, Phasi-Charoen District, Bangkok. 10160



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 25 ฉบับที่ 49 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2567) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 9 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 “การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน “English for Nursing 1”” เรื่องที่ 2 “ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง” เรื่องที่ 3 เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด - 19” เรื่องที่ 4 “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา” เรื่องที่ 5 “ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก” เรื่องที่ 6 “การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง” และเรื่องที่ 7 “ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี” และมีบทความวิชาการ 2 เรื่อง เรื่องที่ 1 “การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ” และเรื่องที่ 2 “บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ

บรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ**กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัย**

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านนาญ สภาภาษาไทย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันท์ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 3. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 4. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 5. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 6. เรือเอกหญิง ดร.นิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล |
| 7. ดร.ทิวาภรณ์ เกลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 9. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 10. ดร.อนันต์ตรี สมิตินันท์ราเศรษฐ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 11. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุข | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 12. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัย

- | | |
|---|-----------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

- | | |
|--|-----------------|
| 1. พันจ่าเอก ดร.ภูมิเดช ชาญเบญจพิภู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.วรารณ คำรศ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ดร.ณิคมล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. ดร.สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 6. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 7. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 8. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 9. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 10. อาจารย์รัตนภรณ์ นิवासานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ขัมพร เกษโกมล | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติร์มชัยศรี | มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |

- | | |
|---|--|
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิศเรศ | มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี |
| 15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โควาริสารัช | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทร | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เขยสุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| 35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีติลล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวลย์ พันธุ์พานิชย์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณจิรี มณีแสง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกชดา ผดุงยาม | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุทธรธรรม ชูเชิด | นักวิชาการอิสระ |
| 42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมผกา ปัญโญใหญ่ | มหาวิทยาลัยพายัพ |

44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตภา ธรรมรัตน์กุล
45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง
46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เพ็โร
47. ดร.ไพรินทร์ ณิชโชติสุขภูมิ
48. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา
49. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
50. นาวาโทหญิง ดร.พุทธรชชาติ เจริญศิริวิไล
51. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์
52. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร
53. ดร.จารุณี สรภุข
54. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด
55. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์
56. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง
57. ดร.ปทุมทิพย์ อุดุลวัฒนศิริ
58. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์
59. ดร.พิมสิริ ภูศิริ
60. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร
61. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์
62. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง
63. ดร.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์
64. ดร.สุมลา พรหมมา
65. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร

สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยสยาม
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสาบาลศาสตร์
สภาการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
โรงพยาบาลบางปะกง
นักวิชาการอิสระ

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่บทความจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี
8. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน) และ 3,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินใน



ขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้

9. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวย่อวุฒิการศึกษาชัดเจนขอขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยภาษาอังกฤษบรรทัดต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหามีอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.25 เซนติเมตร ยกเว้น เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา
8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์
9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 7th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย 1-2 ชื่อให้ระบุชื่อทุกคน หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศเหมือนภาษาไทย หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างอิงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อเรื่อง. //ชื่อวารสาร, //ปีที่ (ฉบับที่), //หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อหนังสือ. //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 1-20 คน ใส่ชื่อ ทุกคน

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5/ผู้แต่ง.... และผู้แต่ง คนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ใส่ชื่อ 19 คน แรก และใช้ . . . ตาม ด้วยคน สุดท้าย

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5, /ผู้แต่ง ..., ผู้แต่งคนที่ 19และ ผู้แต่งคนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่มีชื่อเป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ ฯ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุดใจ ดิลกพรรณสนท. (2558). การจัดการเชิงกลยุทธ์(พิมพ์ครั้งที่ 2). สามลดา.

ชนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, จงกลณี จันทศิริ, นิลาภา จิระ รัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรณะอมร, แสงเดือน แท่งทองค า, กชพร สิง หะหล้า, กติกา นวพันธุ์, กนกพร จิรัฐติกาลวงศ์, กนกพร จิวประสาท, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, กนกพร อัสวเมธิกาพงศ์, กมลวรรณ จุติวรกุล, กมลวรรณ ตังธนา นนท์, กรรณิกา ชาธรรม, กรรณิการ์ มุรธาธร, กรองทอง วงศ์ศรีตรัง, กริฐ อัสวคุปตานนท์, กฤติน กุลเพ็ง, . . . พัฒนา นาคทอง. (2563). ชุดความรู้การพัฒนากลไกและการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน. เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). *การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.
- ปริญธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน “English for Nursing 1” An Analysis of Speaking Activities on the “English for Nursing 1”

Received: March 26, 2024

Revised: October 20, 2024

Accepts: November 4, 2024

ทศพร โศภิตฐธรรมกุล¹ (ศศ.ม.)

Thoseporn Sophitthammakun (M.A.)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* สำหรับนักศึกษาพยาบาล แบบเรียนเล่มนี้แต่งโดย Ros Wright และ Bethany Cagnol ร่วมกับ Maria Spada Symonds และจัดพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ Pearson Education Limited เมื่อปี พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจรายการของการประเมินแบบเรียนที่พัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญสองท่านโดย Chaisongkram และผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อที่จะหาข้อมูลทั่วไปของแบบเรียนนี้ และเกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียนที่สังเคราะห์มาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านโดย Astuti และผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อที่จะวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดในแบบเรียนนี้

ผลการวิจัยพบว่า แบบเรียนนี้มีกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่นๆทั้งหมด จำนวน 69 กิจกรรม กิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่นๆทั้งหมด 69 กิจกรรมของแบบเรียนนี้ แบ่งเป็น 27 กิจกรรม หรือ 39.13% ของรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations), 15 กิจกรรม หรือ 21.74% ของรูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work), 10 กิจกรรม หรือ 14.49% ของรูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a script), 6 กิจกรรม หรือ 8.70% ของรูปแบบกิจกรรมอื่นๆ (Others), 5 กิจกรรม หรือ 7.25% ของรูปแบบบทสนทนา (Dialogue), 4 กิจกรรม หรือ 5.80% ของรูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe pictures) และ 2 กิจกรรม หรือ 2.90% ของรูปแบบการสอบถาม (Questionnaires) อย่างไรก็ตาม ไม่พบกิจกรรมการพูดของรูปแบบการรายงานข่าว (Reporting), รูปแบบการสัมภาษณ์ (Interviews) และรูปแบบการพูดนำเสนอ (Presentation) ในแบบเรียนนี้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ถึงแม้ว่าแบบเรียนนี้มีกิจกรรมการพูดจำนวนมาก แต่กิจกรรมการพูดเหล่านี้ไม่หลากหลายรูปแบบ จากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การเลือกแบบเรียนภาษาอังกฤษฟัง-พูดเฉพาะทางพยาบาล ครูผู้สอนควรเลือกแบบเรียนเฉพาะทางพยาบาลที่มีกิจกรรมการพูดจำนวนมากและรูปแบบกิจกรรมการพูดที่หลากหลาย เพื่อการสื่อสารในพื้นเพและภูมิหลังที่หลากหลาย และโดยการรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการพูดและความจำเป็นในการสื่อสารที่หลากหลายของพยาบาล หนังสือเรียนสามารถเตรียมนักศึกษาพยาบาลเพื่อความต้องการสื่อสารในหลายแง่มุมปัญหาของวิชาชีพพยาบาลได้

คำสำคัญ: กิจกรรมการพูด, รูปแบบกิจกรรมการพูด, แบบเรียน *English for Nursing 1*, การประเมินแบบเรียน, เกณฑ์การวิเคราะห์หนังสือเรียน

¹ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การสอนภาษาอังกฤษเป็นภาษาต่างประเทศ) สถาบันภาษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, Thailand

Corresponding author, email: Thosepornssopitthammakun@gmail.com

Abstract

This research aims to study the type of speaking activity contained in English nursing textbook for nursing students titled '*English for Nursing 1*,' written by Ros Wright and Bethany Cagnol with Maria Spada Symonds, published by Pearson Education Limited, and copyrighted in A.D. 2012. Regarding the instrument of this research, a checklist of textbook evaluation criteria developed from the two experts by Chaisongkram is used to give the general information of the textbook, and an evaluation criterion synthesized from the five experts by Astuti is employed to analyze the speaking activity types in the textbook.

The research results revealed that this textbook has 69 speaking activities. In these 69 speaking activities, there are 27 activities, or 39.13%, of 'role plays and simulations,' 15 activities, or 21.74%, of 'discussion and group work,' 10 activities, or 14.49% of 'performing from a script,' 6 activities, or 8.70%, of 'others,' 5 activities, or 7.25%, of 'dialogue,' 4 activities, or 5.80%, of 'describe pictures,' and 2 activities, or 2.90%, of 'questionnaires.' However, 'reporting,' 'interviews,' and 'presentation' are not found in this textbook. To conclude the results, although there are many speaking activities in this textbook, these speaking activities do not vary in types. Based on the results above, in choosing a listening and speaking English nursing textbook for nursing students, teachers should select the textbook that has many speaking activities in a variety of speaking activity types for communicating in diverse backgrounds and by integrating speaking content with nurses' diverse communication needs, coursebooks could prepare students for the multifaceted communication demands of nursing profession.

KEYWORDS: Speaking Activities, Speaking Activity Type, *English for Nursing 1*, Textbook Evaluation, Analysis Criteria

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ ภาษาอังกฤษมีความสำคัญมากในวิชาชีพที่หลากหลาย ภาษาอังกฤษที่ใช้ในวิชาชีพเฉพาะทางค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ และวิชาชีพพยาบาลก็ไม่มีข้อยกเว้น จุดมุ่งหมายของภาษาอังกฤษเพื่อการพยาบาล คือ การเพิ่มทักษะการฟังและการพูดของนักศึกษาพยาบาล

Handayani, Zaim, and Ardi (2024) กล่าวว่า แนวโน้มที่จะเพิ่มทักษะภาษาอังกฤษได้ขยายไปถึงสาขาทางพยาบาลด้วย ซึ่งพยาบาลที่มีความคล่องในภาษาอังกฤษจะมีข้อได้เปรียบทางวิชาชีพสำคัญนี้หลายประการ วิชาชีพพยาบาลไทยได้รับการคาดหวังจากสังคม ไม่เพียงแต่ต้องมีความรู้และทักษะทางการ

พยาบาลเท่านั้น หากแต่ต้องมีความสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติโดยใช้ภาษาอังกฤษได้

สำหรับนักศึกษาพยาบาล จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมความสามารถทางด้านการพูดภาษาอังกฤษ เพื่อที่จะเป็นพยาบาลไทยที่สามารถจะสื่อสารภาษาอังกฤษได้ อย่างไรก็ตามนักเรียนไทยส่วนใหญ่มีข้อผิดพลาดในการพูดภาษาอังกฤษ เช่น ข้อผิดพลาดทางไวยากรณ์ และมีคลังคำศัพท์น้อย ที่สำคัญคือนักเรียนไทยขาดแรงจูงใจในการพูดภาษาอังกฤษ ถึงแม้ว่าหนังสือเรียนภาษาอังกฤษทั่วไปสามารถตอบโจทย์ตรงนี้ได้ แต่หนังสือเรียนภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพเฉพาะทางมีน้อย



Paputungan, Otoluwa, and Machmud (2018) เปิดเผยว่า นักศึกษาพยาบาลที่ SMK Negeri 1 Bulango Selatan ก็ไม่ต่างกัน คือ มีข้อผิดพลาดและขาดแรงจูงใจในการพูดภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาขาดประสบการณ์การเรียนรู้ทักษะการพูดภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะเพิ่มและให้แรงจูงใจกับนักศึกษาในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะทักษะการพูดภาษาอังกฤษ ในการเรียนการพูดภาษาอังกฤษ นักศึกษากระตือรือร้นในกระบวนการเรียนการสอน เมื่อได้เรียนรู้การพูดภาษาอังกฤษ เนื่องจากนักศึกษาไม่เคยฝึกการพูดภาษาอังกฤษที่เชื่อมโยงกับวิชาชีพพยาบาล (Paputungan, Otoluwa, & Machmud, 2018) และหนังสือเรียนภาษาอังกฤษทั่วไปก็ไม่เฉพาะทาง ที่จะเติมเต็มความจำเป็นทางด้านวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษา รวมไปถึงสื่อการเรียนการสอนก็ไม่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรพยาบาล

อีกทั้งเป็นการศึกษาของ Fadliyah and Sugirin (2018) ว่า แม้จะมีหนังสือเรียนภาษาอังกฤษเฉพาะทางวิชาชีพพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ทักษะที่เน้นในกระบวนการเรียนการสอนในหนังสือเรียน เป็นทักษะการอ่านมากกว่าการพูด นักศึกษาพยาบาลจึงไม่มีเวลาเพียงพอที่จะฝึกฝนและพัฒนาทักษะการพูดภาษาอังกฤษ ภาษาซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารจึงมีบทบาทสำคัญ Fadliyah and Sugirin (2018) กล่าวถึง สื่อการเรียนการสอนที่ดีควรจะจูงใจผู้เรียน เพื่อผู้เรียนจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์แก่ชีวิตของผู้เรียน และให้โอกาสผู้เรียนที่จะใช้ภาษาเป้าหมายโดยการพิจารณาลักษณะของภาษา สื่อ นั้นควรจะมียุทธศาสตร์การเรียนรู้ที่หลากหลาย และมีข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน แรงจูงใจสามารถปรากฏผ่านสื่อการเรียนรู้ที่ดี เพื่อที่ว่าผู้เรียนจะมีจิตวิญญาณที่จะฝึกฝนภาษาและได้รับประสบการณ์จากภาษา (Fadliyah & Sugirin, 2018)

ดังนั้นเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประเมินหนังสือเรียนภาษาอังกฤษเฉพาะทางวิชาชีพ

พยาบาลเล่มหนึ่ง ที่มีความเข้าใจถึงทักษะการพูดและเนื้อหากิจกรรมทางด้านวิชาชีพพยาบาล AlMithqal (2019) กล่าวไว้ว่า *English for Nursing 1* และ 2 เป็นชุดหนังสือเรียนภาษาอังกฤษเพื่อจุดมุ่งหมายเฉพาะทาง ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในสาขาทางการแพทย์ สำหรับการเรียนการสอนในประเทศซาอุดีอาระเบีย หนังสือเรียนในชุดนี้ผลิตขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของนักศึกษาแพทย์ในสหราชอาณาจักร การตรวจสอบประสิทธิภาพและประโยชน์ในการใช้ จึงสำคัญมากสำหรับนักศึกษาชาวซาอุดีอาระเบียและทรงสนะของครูผู้สอน Umar and Ameen (2022) อธิบายว่า หนังสือเรียนในชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจะเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้เรียนรู้รายวิชาทางการแพทย์ผ่านทางสื่อการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ หนังสือเรียน *English for Nursing 1* ได้ให้ภาษา ข้อมูล และทักษะที่นักศึกษาพยาบาลจำเป็นที่จะเริ่มการศึกษาหรือวิชาชีพทางการแพทย์ นอกจากนี้ หนังสือเรียน *English for Nursing 1* นี้ คาดหวังที่จะดึงดูดนักศึกษาพยาบาล และเพิ่มแรงจูงใจเพื่อการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล Umar and Ameen (2022) ได้สัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลรู้สึกพอใจกับกิจกรรมใน *English for Nursing 1* หนังสือเรียนเล่มนี้เต็มไปด้วยกิจกรรมที่มีคุณค่าและน่าตื่นเต้น กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติเป็นวิธีที่สร้างสรรค์สำหรับการสอนทักษะการพูดภาษาอังกฤษที่จะช่วยให้นักศึกษาได้ซึมซับรูปแบบภาษาที่ใช้ในบริบทของสถานพยาบาล นักศึกษายังได้มีโอกาสฝึกกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายในกิจกรรมเดียว กิจกรรมคู่ และกิจกรรมกลุ่ม ความหลากหลายในรูปแบบการเรียนรู้นี้ทำให้นักศึกษาได้ฝึกฝนการเรียนรู้อย่างเพลิดเพลิน หนังสือเรียน *English for Nursing 1* ได้ให้ชุดกิจกรรมที่สมดุล ที่จะจัดให้กับความจำเป็นที่แตกต่างของนักศึกษาพยาบาลและความต้องการเรียนรู้ภาษาอย่างหลากหลาย (Umar & Ameen, 2022)

งานวิจัยนี้จึงมีประโยชน์สำหรับครูผู้สอนที่จะสร้างกิจกรรมการพูดหรือหนังสือเฉพาะทางสำหรับนักศึกษาพยาบาล แต่ไม่ทราบถึงแนวทางที่จะสร้าง

กิจกรรมการพูดหรือหนังสือเรียนเฉพาะทางเหล่านี้ว่าอย่างไร การวิจัยนี้จึงได้วิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* เพื่อนำมาวิเคราะห์กิจกรรมการพูดในหนังสือเรียนเฉพาะทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่ง ที่ครูผู้สอนภาษาอังกฤษกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาในการเลือกสื่อการเรียนการสอนที่มีกิจกรรมการพูดที่เหมาะสม และมีประสิทธิผลสำหรับการเรียนการสอน

Fadliah and Sugirin (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Developing English Speaking Materials for Nursing Students” ซึ่งข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่า ทักษะการพูดเป็นทักษะที่จำเป็นมากที่สุดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษายังพบอีกว่านักศึกษาพยาบาลยังมีความชำนาญภาษาอังกฤษไม่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทักษะการพูด ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลได้เรียนภาษาอังกฤษมาแล้วตั้งแต่มัธยมศึกษาและประถมศึกษา Chetsadanuwat (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Needs of English Skills of Thai Nurses Working in International Hospitals Accredited by JCI in Bangkok Area” ซึ่งได้ระบุถึงความจำเป็นของทักษะการพูดภาษาอังกฤษในวิชาชีพพยาบาลว่า พยาบาลผู้ซึ่งให้ ความสุภาพ ความใจดี และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยผ่านทาง การพูด โดยทั่วไปแล้วจะประสบความสำเร็จมากในวิชาชีพพยาบาล กลยุทธ์เพื่อการสื่อสารควบคู่ไปกับภาษาทางการแพทย์และภาษาที่ได้มาตรฐานควรจะเป็น หนังสือเรียน เพื่อที่จะฝึกฝนนักศึกษาพยาบาลให้เพิ่มทักษะในการสื่อสารภาษาอังกฤษ และตระหนักถึง ความสำคัญของภาษาอังกฤษในวิชาชีพพยาบาล

Subagiyo, Setiawan, and Purwati (2022) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Teachers’ Perceptions of the Material in the Existing English Textbook for Nursing Assistant Students” ซึ่งพบว่า ความคิดเห็นของครูผู้สอนเกี่ยวกับหนังสือเรียนภาษาอังกฤษเฉพาะทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรจะเป็น

“หนังสือเรียนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมุ่งไปที่การเรียนเพื่อการสื่อสารในสาขา การดูแลรักษาสุขภาพ”

“หนังสือเรียนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรจะเตรียมตัวอย่างจริงของบทสนทนาในโรงพยาบาลหรือบริบทในแง่เรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ”

“หนังสือเรียนภาษาอังกฤษควรจะเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการสร้างความสามารถในการ สื่อสาร”

“หนังสือเรียนภาษาอังกฤษควรจะนำเสนอ คำศัพท์ภาษาอังกฤษเฉพาะทางการแพทย์ ให้นักศึกษาพยาบาล”

หนังสือเรียน *English for Nursing 1* เล่มนี้ เล่มเดียวได้ครอบคลุมหนังสือเรียนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล ตามความคิดเห็นของครูผู้สอน เกี่ยวกับหนังสือเรียนภาษาอังกฤษเฉพาะทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลจากบทความวิจัยที่ผ่านมาแล้วนี้ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบมาจากการอ่านกิจกรรมการพูดทั้งหมดในหนังสือเรียน *English for Nursing 1* การทำความเข้าใจสื่อและกิจกรรมการพูดในหนังสือเรียน *English for Nursing 1* และการเน้นเนื้อหาการพูดและ กิจกรรมการพูดในหนังสือเรียน *English for Nursing 1*

จึงจะเห็นได้ว่าบทความวิจัยทั้งสามบทความนี้ได้เน้นถึงทักษะการพูดภาษาอังกฤษในวิชาชีพพยาบาล และหนังสือเรียนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีประโยชน์สำหรับครูผู้สอนภาษาอังกฤษเพื่อจุดมุ่งหมายเฉพาะทางและ ผู้พัฒนารายวิชา โดยการจัดกรอบแนวคิดเพื่อการวางแผนหลักสูตรและออกแบบสื่อการเรียนการสอน ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงได้วิเคราะห์กิจกรรมการพูดในหลายรูปแบบที่แตกต่างกันของแบบเรียน *English for Nursing 1* ซึ่งเป็นแบบเรียนภาษาอังกฤษ ฟัง-พูด เฉพาะทางวิชาชีพพยาบาล เพื่อครูผู้สอนภาษาอังกฤษในวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่งจะได้ดัดแปลงกิจกรรมการพูดในรูปแบบต่าง ๆ ให้ตรงกับ ความต้องการของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการเรียนรู้



วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* สำหรับนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้เห็นข้อมูลทั่วไป และภาพรวมของประเภทกิจกรรมการพูด ของแบบเรียน *English for Nursing 1* เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจรายการของการประเมินแบบเรียนที่พัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญสองท่าน ซึ่งพัฒนาโดย Chaisongkram (2011) และเกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียนที่สังเคราะห์มาจากผู้เชี่ยวชาญห้าท่านซึ่งสังเคราะห์โดย Astuti (2022) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งสองนี้มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

1. แบบเรียน *English for Nursing 1* ที่แต่งโดย Ros Wright และ Bethany Cagnol ร่วมกับ Maria Spada Symonds จัดพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ Pearson Education Limited เมื่อปี พ.ศ. 2555

2. แบบสำรวจรายการของการประเมินแบบเรียนจากเกณฑ์ของ Cunningsworth (1995) และ Daoud and Celce-Murcia (1979) แบบสำรวจรายการประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของแบบเรียน ซึ่งมีเกณฑ์ในการสำรวจเกาหัวข้อดังนี้: ชื่อหนังสือ, ผู้แต่ง, สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์, ราคา, ISBN, จำนวนหน้า, ส่วนประกอบของหนังสือ และระดับพัฒนาโดย Chaisongkram (2011)

3. เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียน จากการสังเคราะห์เกณฑ์การประเมินการพูดของ Cunningsworth (1995), Tomlinson (2011), Harmer (2007), Kayi (2006) และ Celce-Murcia (2014) เกณฑ์ใหม่ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียนที่พัฒนาโดย Astuti (2022) ประกอบด้วย 1) การแสดงจากบทพูด (Performing from a script) 2) การแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays

and Simulations) 3) การสอบถาม (Questionnaires) 4) การรายงานข่าว (Reporting) 5) การอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) 6) การบรรยายรูปภาพ (Describe pictures) 7) การสัมภาษณ์ (Interviews) 8) บทสนทนา (Dialogue) 9) การพูดนำเสนอ (Presentation) ในกรณีที่รูปแบบกิจกรรมการพูดในแบบเรียนไม่ตรงกับเกณฑ์ทั้ง 9 นี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้เกณฑ์ที่ 10 คือ กิจกรรมอื่นๆ (Others) เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียน มีหัวข้อเกณฑ์ของการวิเคราะห์ คือ ข้อที่, รูปแบบกิจกรรมการพูด, หน่วยการเรียนรู้ บท และหมายเลขกิจกรรมการพูดของแบบเรียน, ความถี่ และร้อยละ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาแบบเรียน *English for Nursing 1* เพื่อดึงข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเรียน

2. สำนวหน้าปกนอกและหน้าปกในของแบบเรียนเพื่อเก็บข้อมูลย่อยทั่วไปของแบบเรียนในตารางที่ 1 เกณฑ์และรายละเอียดแบบเรียนเพื่อการวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1*

3. อ่านเฉพาะกิจกรรมการพูดทั้งหมดในแบบเรียนและทำการรายการคำสั่งกิจกรรมการพูด เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากคำสำคัญในรายการคำสั่งกิจกรรมการพูดทั้งหมดสำหรับภาพรวมของประเภทกิจกรรมการพูดในตารางที่ 2 เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* ทำการวิเคราะห์รายการคำสั่งกิจกรรมการพูด เพื่อที่จะได้คำสำคัญในการจำแนกรูปแบบกิจกรรมการพูดแต่ละประเภททั้งหมด โดยระบุตำแหน่งของกิจกรรมการพูดในแต่ละรูปแบบว่าปรากฏอยู่ที่ใดในหน่วยการเรียนรู้ บท และหมายเลขกิจกรรมการพูดของแบบเรียนเล่มนี้ หลังจากนั้นนับความถี่ของกิจกรรมการพูดในแต่ละรูปแบบ และแปลงเลขความถี่ให้เป็นเลขร้อยละโดยใช้สูตรคำนวณ $\frac{a}{n} \times 100$

a = รูปแบบกิจกรรมการพูดใน 1 รูปแบบ

n = รูปแบบกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่น ๆ ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยของการวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยได้อธิบายเชิงบรรยายตาม (1) แบบสำรวจรายการของการประเมินแบบเรียน ซึ่งประกอบด้วย ชื่อหนังสือ ผู้แต่ง สำนักพิมพ์ ปีที่พิมพ์ ราคา ISBN จำนวนหน้า ส่วนประกอบของหนังสือ และระดับ และ (2) เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูด โดยการวิเคราะห์ส่วนประกอบของกิจกรรมการพูดในแบบเรียน *English for Nursing 1* ซึ่งมีดังนี้ 1) การแสดงจากบทพูด (Performing from a script) 2) การแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations) 3) การสอบถาม (Questionnaires) 4) การรายงานข่าว (Reporting) 5) การอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) 6) การบรรยายรูปภาพ (Describe pictures) 7) การสัมภาษณ์ (Interviews) 8) บทสนทนา (Dialogue) 9) การพูดนำเสนอ (Presentation) ในกรณีที่รูปแบบกิจกรรมการพูดในแบบเรียนไม่ตรงกับเกณฑ์ทั้ง 9 หัวข้อนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้เกณฑ์ที่ 10 คือ กิจกรรมอื่นๆ (Others) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ ตามกรอบแนวคิดของ Astuti (2022) โดยมีเจ็ดขั้นตอน ดังนี้: 1) การอ่าน 2) การเข้าใจ 3) การเน้น 4) การสร้างตาราง 5) การใส่ในตาราง 6) การลงรหัส 7) การตีความ

ผู้วิจัยได้เริ่มโดยการอ่านกิจกรรมการพูดทั้งหมดในแบบเรียน *English for Nursing 1* ผู้วิจัยทำความเข้าใจสื่อและกิจกรรมการพูดในแบบเรียน *English for Nursing 1* หลังจากนั้นผู้วิจัยเน้นเนื้อหาการพูดและกิจกรรมการพูดในแบบเรียน *English for Nursing 1* จากนั้นผู้วิจัยสร้างตารางที่จะช่วยจำแนกข้อมูลที่ค้นพบ คือ รูปแบบกิจกรรมการพูด ข้อมูลที่ผู้วิจัยค้นพบจะนำไปใส่ในตาราง ต่อมาลงรหัสข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อที่จะจำแนกประเภทกิจกรรมการพูด

สุดท้ายผู้วิจัยตีความผลการค้นพบข้อมูลโดยการแสวงหาความจริงที่อยู่ในตาราง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยของการวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* ได้แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของแบบเรียน และ (2) การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน

1. ข้อมูลทั่วไปของแบบเรียน

ข้อมูลทั่วไปของแบบเรียนเล่มนี้จะให้ข้อมูลย่อซึ่งส่วนใหญ่ระบุไว้ที่หน้าปกของแบบเรียน เพื่อให้ผู้ประเมินสามารถเปรียบเทียบแบบเรียนเล่มนี้ กับแบบเรียนเล่มอื่น ๆ ได้อย่างสะดวก ตามตารางที่ 1

2. การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน

ส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1* ซึ่งเป็นแบบเรียนภาษาอังกฤษเพื่อจุดมุ่งหมายเฉพาะ (English for Specific Purposes: ESP) และเป็นภาษาอังกฤษฟัง-พูด (Listening and Speaking English Skills) โดยเน้นที่ทักษะฟัง-พูด สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับเริ่มต้น (CEFR A1 – A2) ประเภทของกิจกรรมการพูดที่นำมาวิเคราะห์สำหรับแบบเรียนเล่มนี้ คือ รูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a script) รูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations) รูปแบบการสอบถาม (Questionnaires) รูปแบบการรายงานข่าว (Reporting) รูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) รูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe pictures) รูปแบบการสัมภาษณ์ (Interviews) รูปแบบบทสนทนา (Dialogue) รูปแบบการพูดนำเสนอ (Presentation) และรูปแบบกิจกรรมอื่นๆ (Others) ดังนี้ตามตารางที่ 2 เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1*



ตารางที่ 1 เกณฑ์และรายละเอียดแบบเรียนเพื่อการวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1*

เกณฑ์	รายละเอียดแบบเรียน
ชื่อหนังสือ	<i>English for Nursing 1</i>
ผู้แต่ง	Ros Wright and Bethany Cagnol with Maria Spada Symonds Series editor David Bonamy
สำนักพิมพ์	Pearson Education Limited
ปีที่พิมพ์	2555
ราคา	20.94 \$
ISBN	978-1-4082-6993-0
จำนวนหน้า	80 หน้า
ส่วนประกอบของหนังสือ	แบบเรียน, คู่มือครู, CD-ROM และ audio MP3
ระดับ	เริ่มต้น (Beginner) หรือ An Elementary English (CEF Level A1 - A2) Course

ตารางที่ 2 เกณฑ์ของการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1*

ข้อ	รูปแบบกิจกรรมการพูด	หน่วยการเรียนรู้ บท และหมายเลขกิจกรรมการพูดของแบบเรียน	ความถี่	ร้อยละ
1.	รูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a script)	U1, C1 (S3), U1, C4 (S11), U3, C2 (S7), U4, C3 (S11), U5, C1 (S5), U5, C3 (S12), U6, C1 (S9), U7, C2 (S4), U7, C4 (S6) และ U8, C2 (S7)	10	14.49
2.	รูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations)	U1, C2 (S5), U1, C3 (S5), U1, C4 (S12), U2, C1 (S5), U2, C1 (S6), U2, C2 (S8), U2, C4 (S9), U2, C4 (S10), U2, C4 (S13), U3, C1 (S8), U3, C1 (S10), U4, C1 (S7), U4, C2 (S11), U4, C2 (S12), U4, C3 (S12), U4, C4 (S14), U5, C1 (S8), U5, C2 (S4), U5, C2 (S7), U5, C3 (S13), U5, C4 (S8), U6, C3 (S9), U7, C1 (S8), U7, C2 (S10), U7, C3 (S7), U8, C1 (S10) และ U8, C4 (S9)	27	39.13
3.	รูปแบบการสอบถาม (Questionnaires)	U1, C2 (S3) และ U5, C3 (S1)	2	2.90
4.	รูปแบบการรายงานข่าว (Reporting)	ไม่ปรากฏในแบบเรียน	-	0
5.	รูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work)	U1, C3 (S8), U2, C2 (S3), U2, C2 (S4), U2, C4 (S8), U4, C3 (S1), U4, C3 (S9), U4, C4 (S12), U5, C3 (S2), U6, C1 (S1), U6, C1 (S2), U6, C3 (S1), U6, C3 (S6), U7, C1 (S1), U7, C2 (S1) และ U8, C3 (S3)	15	21.74
6.	รูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe pictures)	U1, C3 (S9), U3, C3 (S1), U3, C4 (S1) และ U3, C4 (S10)	4	5.80
7.	รูปแบบการสัมภาษณ์ (Interviews)	ไม่ปรากฏในแบบเรียน	-	0
8.	รูปแบบบทสนทนา (Dialogue)	U2, C4 (S7), U3, C3 (S8), U6, C4 (S3), U6, C4 (S10) และ U8, C2 (S8)	5	7.25

ข้อ	รูปแบบกิจกรรมการพูด	หน่วยการเรียนรู้ บท และหมายเลขกิจกรรมการพูดของแบบเรียน	ความถี่	ร้อยละ
9.	รูปแบบการพูดนำเสนอ (Presentation)	ไม่ปรากฏในแบบเรียน	-	0
10.	รูปแบบกิจกรรมอื่นๆ (Others)	10.1 The Word Order Game (Grammar Game) U2, C4 (S4) และ U4, C4 (S13)		
		10.2 Vocabulary Checklist (Vocabulary Activity) U4, C2 (S10)	6	8.70
		10.3 Complete the Conversation		
		10.4 Predict a Dialogue (Listening to Dialogues) U6, C4 (S6)	6	8.70
		10.5 Read and Underline (Read and Respond) U6, C4 (S7)		
Total			69	100

63 speaking activities and 6 other activities

Note (หมายเหตุ ข้อสังเกต): U = Unit (หน่วยการเรียนรู้), C = Chapter (บทเรียน), S Number = Number of the speaking activity (ลำดับเลขของกิจกรรมการพูดในบทเรียนแต่ละบท)

ภาพรวมของประเภทกิจกรรมการพูดในแบบเรียน *English for Nursing 1* มีกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่น ๆ ทั้งหมด จำนวน 69 กิจกรรม โดยแบ่งเป็น 27 กิจกรรม หรือ 39.13% ของรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations), 15 กิจกรรม หรือ 21.74% ของรูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work), 10 กิจกรรม หรือ 14.49% ของรูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a script), 6 กิจกรรม หรือ 8.70% ของรูปแบบกิจกรรมอื่นๆ (Others), 5 กิจกรรม หรือ 7.25% ของรูปแบบบทสนทนา (Dialogue), 4 กิจกรรม หรือ 5.80% ของรูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe Pictures) และ 2 กิจกรรม หรือ 2.90% ของรูปแบบการสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งรูปแบบกิจกรรมการพูดและรูปแบบกิจกรรมอื่น ๆ ทั้งหมด ได้เรียงจากรูปแบบกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่น ๆ จำนวนมากที่สุดไปจนถึงกิจกรรมการพูดและกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีจำนวนน้อยที่สุด ตามลำดับ

ประเภทของกิจกรรมการพูดที่ไม่พบในแบบเรียน *English for Nursing 1* คือ รูปแบบการ

รายงานข่าว (Reporting) รูปแบบการสัมภาษณ์ (Interviews) และ รูปแบบการพูดนำเสนอ (Presentation)

การอภิปรายผล

1. กิจกรรมการพูดในแบบเรียน *English for Nursing 1* มีจำนวนมากเพียงพอ แต่มีรูปแบบหรือประเภทของกิจกรรมการพูดไม่หลากหลาย แบบเรียนนี้มีกิจกรรมการพูดทั้งหมด จำนวน 63 กิจกรรม และกิจกรรมอื่น ๆ จำนวน 6 กิจกรรม ที่แบบเรียนระบุว่า เป็นกิจกรรมการพูด แต่อันที่จริงแล้ว เป็นกิจกรรมรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กิจกรรมการพูด รวมกิจกรรมทั้งหมดแล้ว มีจำนวน 69 กิจกรรม โดยส่วนใหญ่เน้นไปที่รูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations) ซึ่งมีถึง 27 กิจกรรม หรือ 39.13% รวมไปถึงรูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) ซึ่งมี 15 กิจกรรม หรือ 21.74% และรูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a Script) ซึ่งมี 10 กิจกรรม หรือ 14.49% ส่วนรูปแบบของกิจกรรมอื่นๆ (Others), รูปแบบบทสนทนา (Dialogue), รูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe Pictures) และ



รูปแบบการสอบถาม (Questionnaires) มีจำนวนกิจกรรมน้อยมากที่สุด 6 กิจกรรมหรือ 8.70%, 5 กิจกรรมหรือ 7.25%, 4 กิจกรรมหรือ 5.80% และ 2 กิจกรรมหรือ 2.90% ตามลำดับ สำหรับ รูปแบบการรายงานข่าว (Reporting), รูปแบบการสัมภาษณ์ (Interviews) และรูปแบบการพูดนำเสนอ (Presentation) ไม่พบในแบบเรียนนี้ (0 กิจกรรมหรือ 0%) กิจกรรมการพูดในแบบเรียนนี้จึงมีจำนวนมาก แต่ไม่หลากหลายรูปแบบของกิจกรรมการพูด ดังนั้นการเลือกแบบเรียนภาษาอังกฤษฟัง-พูด เฉพาะทางพยาบาล ผู้สอนควรเลือกแบบเรียนเฉพาะทางพยาบาลที่มีกิจกรรมการพูดจำนวนมาก และมีรูปแบบกิจกรรมการพูดที่หลากหลาย เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลจะได้ฝึกพูดในรูปแบบกิจกรรมการพูดที่หลากหลาย รูปแบบกิจกรรมการพูดที่หลากหลายจะฝึกฝนกลยุทธ์เพื่อการสื่อสารในพื้นที่และภูมิหลังที่หลากหลาย สามารถเตรียมนักศึกษาพยาบาลด้วยความอ่อนไหวในวัฒนธรรมที่หลากหลายมากขึ้น (Chetsadanuwat, 2024) และโดยการรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการพูดและความจำเป็นในการสื่อสารที่หลากหลายของพยาบาล หนังสือเรียนสามารถเตรียมนักศึกษาพยาบาลสำหรับความต้องการสื่อสารในหลายแง่มุมปัญหาของวิชาชีพพยาบาลได้ (Handayani, Zaim, & Ardi, 2024)

สอดคล้องกับทินกร บัวชู (2561) ที่ทำการศึกษารื่อง การศึกษาความคิดเห็นของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ในศตวรรษที่ 21 พบว่า ในการสอนแบบที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยไม่ต้องสอน ให้ครูผู้สอนบรรยายน้อยลงและเน้นการอภิปราย ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้มากขึ้น และการสอนแบบเน้นการลงมือปฏิบัติ เช่น แบบเน้นปัญหาเป็นหลักและการใช้สถานการณ์จำลอง โดยนักศึกษาพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 โดยการสอนแบบเน้นการลงมือปฏิบัติมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.19$, $SD = 0.56$) และสอดคล้องกับอุมาสวรรค์ ชูหา, พัทธา สมชื่อ, สุภาวดี นาคสุขุม, ปุณรดา พวงสมัย, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์

และจริยา มงคลสวัสดิ์ (2562) ที่ทำการศึกษา เรื่อง ผลิตพยาบาลอย่างไรให้ตอบโจทย์ผู้ใช้บัณฑิตในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายของอาจารย์พยาบาลไทย พบว่า การเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงในบรรยากาศจำลอง หรือการสร้างสถานการณ์จำลองเป็นการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง เน้นการปฏิบัติจริงบนพื้นฐานของชีวิตจริง

2. รูปแบบหรือประเภทกิจกรรมการพูด ที่มักจะอยู่อันดับต้น ๆ คือ Speaking 1 (S1), Speaking 2 (S2), และ Speaking 3 (S3) มีรูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) จำนวน 9 กิจกรรมการพูดของแบบเรียนใน U2, C2 (S3), U4, C3 (S1), U5, C3 (S2), U6, C1 (S1), U6, C1 (S2), U6, C3 (S1), U7, C1 (S1), U7, C2 (S1) และ U8, C3 (S3) รองลงมา มีรูปแบบการบรรยายรูปภาพ (Describe pictures) จำนวน 2 กิจกรรมการพูดของแบบเรียนใน U3, C3 (S1) และ U3, C4 (S1) และมีรูปแบบการสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 2 กิจกรรมการพูดของแบบเรียนใน U1, C2 (S3) และ U5, C3 (S1) นอกจากนี้ มีรูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a script) จำนวน 1 กิจกรรมการพูดของแบบเรียนใน U1, C1 (S3) และมีรูปแบบบทสนทนา (Dialogue) จำนวน 1 กิจกรรมการพูดของแบบเรียนใน U6, C4 (S3) จึงจะเห็นได้ว่า รูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) มักจะอยู่ที่ตอนต้นของแต่ละบทเรียนมากที่สุด จำนวน 9 กิจกรรม กิจกรรมการพูดในรูปแบบการอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม (Discussion and Group Work) จึงเป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมหรือกิจกรรมเกริ่นนำ (Warm up) ที่มีประสิทธิภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่จะพัฒนาความคิด และเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้พูดคุยถึงความคิดใหม่ ๆ ซึ่งกันและกันอย่างสบายใจ เพราะฉะนั้นในการเริ่มกิจกรรมใด ๆ ควรมีขั้นตอนการเตรียมความพร้อมหรือกิจกรรมเกริ่นนำ (Warm up) ก่อนกิจกรรมใด ๆ (อารีรักษ์ มีแจ้ง และ วรรณประภา สุขสวัสดิ์, 2565)

3. Gower, Phillips, and Walters (1995)

ระบุถึงประเภทของกิจกรรมการพูดที่ครูผู้สอนใช้ใน ห้องเรียนตามความสะดวก 3 ประเภทกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมแบบควบคุม (Controlled Activities)
2. กิจกรรมแบบมีการชี้แนะ (Guided Activities) และ
3. การสื่อสารแบบเสรี (Creative or Freer Communication) เช่น รูปแบบการแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง (Role Plays and Simulations) ที่มีสองลักษณะ ซึ่งเป็นกิจกรรมแบบควบคุม (Controlled Activities) ใน U1, C4 (S12) และ U5, C3 (S13) ของแบบเรียนซึ่งเป็นกิจกรรมแบบการสื่อสารแบบเสรี (Creative or Freer Communication) ที่เป็นกิจกรรมการพูดส่วนใหญ่ของแบบเรียนนี้ ลักษณะกิจกรรมแบบมีการชี้แนะ คือ บทบาทสมมติแบบมีการชี้แนะ (Guided Role Plays) ในลักษณะกิจกรรมแบบการสื่อสารแบบเสรี หากครูผู้สอนกำหนดสถานการณ์ขึ้นมาให้ผู้เรียนแต่งบทสนทนา และออกมาแสดงบทบาทสมมติหน้าชั้นเรียน ก็จะเปลี่ยนเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนมีอิสระในการใช้ภาษามากขึ้น (อาร์ริกซ์ มีแจ้ง และ วรณประภา สุขสวัสดิ์, 2565) หรือในลักษณะของรูปแบบกิจกรรม ที่ครูผู้สอนอาจเริ่มต้นด้วยรูปแบบการแสดงจากบทพูด (Performing from a Script) โดยมีแบบหรือบทพูดให้นักศึกษาพยาบาลฝึกสนทนาได้ตอบเป็นกลุ่มหรือเป็นคู่ หลังการฝึกฟัง กิจกรรมในลักษณะนี้ถือว่า เป็นกิจกรรมแบบควบคุม (Controlled Activities) ก่อนที่ครูผู้สอนจะเข้าสู่กิจกรรมแบบมีการชี้แนะ (Guided Activities) และการสื่อสารแบบเสรี (Creative or Freer Communication) ตัวอย่างเช่น หลังจากกิจกรรมการพูดของการแสดงจากบทพูด (Performing from a script) แล้ว ให้นักศึกษาพยาบาลแสดงบทบาทสมมติ (Role-play) แบบการหาข้อมูลที่หายไป (Information Gap) ในลักษณะของกิจกรรมการพูดนี้ ผู้เรียนที่ทำกิจกรรมนี้จะไม่ทราบข้อมูลของอีกฝ่ายหนึ่งจึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกันในการหาข้อมูลที่ตนเองไม่ทราบ และบอกส่วนที่ตนทราบให้เพื่อนทราบ กิจกรรมดังกล่าวนี้จึงมีความหมาย และใกล้เคียงการสื่อสารในชีวิตจริงมาก (สมิตรา อังวัฒนกุล, 2540)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์กิจกรรมการพูดของแบบเรียน *English for Nursing 1*” อาจทำได้ในรูปแบบกิจกรรมการพูดอื่น ๆ ที่หลากหลายในแบบเรียน หนังสือเรียน และสื่อการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ ต่าง ๆ เช่น การโต้เถียง (Debate), การแก้ปัญหา (Problem-solving), การพูดสด (Impromptu Speaking), เกมกระดาน (Board Games), การแสดงละคร (Play), การเลียนแบบรายการโทรทัศน์ (Imitating TV Programs), ฯลฯ การวิจัยนี้จำกัดเพียงแค่แบบเรียนภาษาอังกฤษฟัง-พูด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะการทำวิจัยในองค์ประกอบของภาษา หรือทักษะอื่น ๆ ของแบบเรียนเล่มนี้ รวมไปถึงถึงทักษะอื่น ๆ ในแบบเรียนเล่มต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นแบบเรียนที่บูรณาการทักษะภาษาอังกฤษ ฟัง พูด อ่าน และเขียน เข้าด้วยกัน แบบเรียนภาษาอังกฤษอ่าน-เขียน หรือแบบเรียนภาษาอังกฤษในทักษะเดียว (ฟัง พูด อ่าน หรือ เขียน เพียงอย่างเดียว) นอกจากนี้แบบเรียนอื่น ๆ ในระดับ ต่าง ๆ ก็สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ตัวอย่างเช่น แบบเรียนระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา หรือระดับมหาวิทยาลัย, แบบเรียนระดับ CEFR B1, B2, C1 หรือ C2, แบบเรียนสำหรับผู้ใหญ่ในสถานการณ์การทำงานวิชาชีพเฉพาะนั้น ๆ, หรือแบบเรียนสำหรับผู้เรียนภาษาระดับต้น, ระดับกลาง และระดับสูง ยังมีแบบเรียนหรือหนังสือเรียนเล่มอื่น ๆ ให้ศึกษาอีกมากมาย ดังนี้คือ *Eyes Open Student's Book 3*, *Snapshot Pre-Intermediate Students' Book*, *Upstream Student's Book 6*, *Expanding Reading Skills Level 4*, *Focus Students' Book 3*, *GAT อังกฤษ พิชิตข้อสอบ Vocab*, *สรุปเข้มเทคนิคพิชิต Error Identification*, *Ultimate Error Identification*, *New Weaving It Together 3* และ *Expanding Reading Skills Book 1* (ทศพร โศภิษฐ์ธรรมกุล, 2566) แบบเรียนเล่มที่นำมาศึกษาและทำวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบเรียนภาษาอังกฤษฟัง-พูด เฉพาะทางพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ระดับเริ่มต้น (CEFR A1 – A2) อย่างไรก็ตามยังมีแบบเรียน หนังสือเรียน และสื่อ



การเรียนการสอนภาษาอังกฤษเฉพาะทางอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ที่สามารถนำมาศึกษาและทำวิจัยได้ ดังเช่น ทางด้านธุรกิจ (English for Business Purposes), โรงแรม (English for Hotel), สายการบิน (English for Inflight Attendant), การท่องเที่ยว (English for Tourism), วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (English for Science and Technology), การธนาคาร (English for Banking) ฯลฯ จึงจะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์แบบเรียน หนังสือเรียน หรือสื่อการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ สามารถทำได้ในหลายรูปแบบ กิจกรรม หลายทักษะ หลายระดับ หลายแบบเรียน และหลายเฉพาะทาง

ในแง่ของการบูรณาการของทักษะทางภาษา หนังสือเรียน *English for Nursing 1* ได้ให้ความสมดุลอย่างเหมาะสมของทักษะทางภาษา เช่น การอ่าน การฟัง และการพูด แต่น้ำหนักของทักษะการเขียนเฉพาะทางมีจำนวนน้อยกว่าที่ความหวัง ตัวอย่างเช่น การเขียนรายงานทางการแพทย์ แผนภูมิ และการเขียนนำเสนอกรณีศึกษาเนื่องจากหนังสือเรียน *English for Nursing 1* ไม่สนับสนุนภาระงานเขียนที่จำเป็นในบริบทเฉพาะทาง ซึ่งรวมไปถึงอุตสาหกรรม การดูแลรักษาสุขภาพด้วย ดังนั้นหนังสือเรียนควรให้ความสมดุลอย่างเหมาะสมของทักษะทั้งสี่ทักษะ เพราะว่าการฝึกการเขียนนั้นมีอยู่อย่างจำกัด (AlMithqal, 2019) เพื่อให้ทักษะเชื่อมต่อกัน ทักษะการสื่อสารของการพูดและการเขียน สามารถส่งเสริมโดยผ่านกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติที่เลียนแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และแบบฝึกหัดการเขียนที่เน้นการเขียนเอกสารอย่างกระชับและชัดเจน (Chetsadanuwat, 2024) การวิจัยในครั้งต่อไปควรจะวิเคราะห์ทักษะการเขียนที่บูรณาการกับทักษะการพูดในหนังสือเรียน *English for Nursing 1* และทำวิจัยในชั้นเรียนเพื่อนำผลการวิเคราะห์ดังกล่าวและผลการทำวิจัยในชั้นเรียนมาตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้วยการใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หนังสือเรียน *English for Nursing 1* จะนำมาสร้างพื้นฐานที่มั่นคงของทักษะการ

พูดและการเขียนอย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของสถานพยาบาลและการเรียนการสอนร่วมกันในชั้นเรียน

เอกสารอ้างอิง

- ทศพร โศภิษฐ์ธรรมกุล. (2566). การพัฒนาหนังสือ สำหรับเอกสารประกอบการเรียนรู้รายวิชา อ33203 ภาษาอังกฤษรอบรู้ 5 เรื่อง การสอบแอดมิชชันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ VI. *วารสารบรรณศาสตร์ มศว*, 16(1), 1-17.
- ทินกร บัวชู. (2561). การศึกษาความคิดเห็นของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 26-37.
- สุมิตร อังวัฒนกุล. (2540). *วิธีสอนภาษาอังกฤษ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีรักษ์ มีแจ้ง และวรรณประภา สุขสวัสดิ์. (2565). *แผนการจัดการเรียนรู้วิชาภาษาอังกฤษ: คุณภาพและประสิทธิภาพการสอน*. กรุงเทพฯ: สันติศิริการพิมพ์.
- อุมาสวรรค์ ชูหา, พัทธรา สมเชื้อ, สุภาวดี นาคสุขุม, ปุณรดา พวงสมัย, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, & จริญญา มงคล สวัสดิ์. (2562). บทความวิชาการผลิตพยาบาลอย่างไร ให้ตอบโจทย์ผู้ใช้บัณฑิตในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายของอาจารย์พยาบาลไทย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(2), 176-186.
- AlMithqal, E. A.. (2019). An Evaluation of English for Nursing Textbooks as Perceived by Teachers and Students at an Applied Medical College in Saudi Arabia. *Journal of Humanities and Social Sciences Studies*, 1(3), 13-25.
- Astuti, D. A. R. (2022). *Evaluation of speaking materials and activities on the "Bright An English" and "Headline English 1" textbooks for first grade of junior high-school*. The Skripsi of the Department of English Education, Faculty of Educational Sciences of State Islamic University, Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Celce-Murcia, M. M., Brinton, D., & Ann, S. M. (2014). *Teaching English as a second foreign language* (4th ed.). Boston: Heinle Cengage Learning.



- Chaisongkram, C. (2011). *An analysis of an English textbook: MegaGoal 1* Unpublished master's research paper, Thammasat University, Language Institute, English for Careers.
- Chetsadanuwat, K. (2018). Needs of English Skills of Thai Nurses Working in International Hospitals Accredited by JCI in Bangkok Area. *LEARN Journal: Language Education and Acquisition Research Network*, 11(1), 26-46.
- Chetsadanuwat, K. (2024). Needs of English Nursing Communicative Skills, Functions and Content for Nursing Students in a Thai Program: Perspectives of Nursing Lecturers at a University in Northern Thailand. *LEARN Journal: Language Education and Acquisition Research Network*, 17(2), 711-744.
- Cunningsworth, A. (1995). *Choosing your coursebook*. New York: Macmillan.
- Cunningsworth, A. (1995). *Choosing your coursebook*. Oxford: Heinemann.
- Daoud, A. M., & Celce-Murcia, M. (1979). Selecting and evaluating textbooks. In Celce-Murcia, M., & McIntosh, L. (Eds.), *Teaching English as a second or foreign language* (pp. 302-307). New York: Newbury House.
- Fadiah, U., & Sugirin. (2018). Developing English speaking materials for nursing students. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 326.
- Gower, R., Phillips, D., & Walters, S. (1995). *Teaching practice handbook*. Oxford: Heinemann.
- Handayani, F., Zaim, M., & Ardi, H. (2024). Understanding Frontline Needs: Perspective of Indonesian Nurses on the English Coursebook Materials. *LEARN Journal: Language Education and Acquisition Research Network*, 17(2), 392-418.
- Harmer, J. (2007). *The practice of English language teaching* (4th ed.). Edinburgh Gate: Pearson Longman.
- Kayi, H. (2006). Teaching speaking: Activities to promote speaking in a second language. *The Internet TESL Journal*, 12(11), 1-6.
- Paputungan, N. A., Otoluwa, H. M., & Machmud, K. (2018). Developing supplementary English speaking materials for nursing vocational school. *European Journal of English Language Teaching*, 4(1), 1-21.
- Subagiyo, A., Setiawan, S., & Purwati, O. (2022). Teachers' Perceptions of The Material In The Existing English Textbook For Nursing Assistant Students. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(4), 4589-4597.
- Tomlinson, B. (2011). *Materials development in language teaching* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Umar, A. M. A. T., & Ameen, A. A. (2022). Evaluation of an E.S.P. Textbook from Teachers' and Students' Points of View: A Case Study of Nursing One for Premedical Students at a Saudi University. *Arab World English Journal*, 13(2), 157-176.
- Wright, R., Cagnol, B., & Symonds, M. S. (2012). *English for nursing 1: Vocational English course*. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง

Effect of Implementing Clinical Nursing Practices to Prevent Endotracheal Tube Extubation in Medical Intensive Care Units, Chom Thong Hospital

Received: June 8, 2024

Revised: October 8, 2024

Accepts: October 9, 2024

รสลิน ชัยวุฒิ (พว.ชำนาญการ)¹

Rosalin Chaiwut

จิรณัฐ ชัยชนะ (พย.ม.)²

Jiranat Chaichana

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง ในเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2567 โดยใช้ แบบทดสอบความรู้และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ (S.D.= 5.61, 8.0 ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (S.D.= 28.07, 37.15 ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ช่วยเพิ่มความรู้ทักษะของการปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการเตรียมพยาบาลที่จบใหม่หรือใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง, Thailand

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ, Thailand

Corresponding Authors e-mail: jiranat_c@payap.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the average scores of knowledge and practice guidelines in preventing endotracheal tube extubation before and after implementing nursing practice guidelines. The sample consisted of 13 professional nurses working in the intensive care unit at Chomthong Hospital. The tool used in the research was the nursing guidelines to prevent endotracheal tube extubation in the intensive care unit at Chomthong Hospital from January to March 2024. Data were collected using a knowledge test and an observation record. Descriptive statistics and inferential statistics, specifically a paired t-test, were used to analyze the average knowledge and practice scores of nurses in preventing endotracheal tube extubation before and after the guideline implementation. The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher average knowledge scores (S.D. = 5.61, 8.0, respectively) and practical scores in preventing endotracheal tube extubation (S.D. = 28.07, 37.15, respectively) compared to before the intervention, with statistical significance ($p < 0.001$).

The study concludes that the nursing practice guidelines for preventing endotracheal tube extubation enhance both the knowledge and practical skills of nurses. These guidelines can be applied to the training of new nurses or in other units with similar patient care needs.

KEYWORDS: Clinical nursing practices, Endotracheal tube extubation, Intensive care units

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) นับได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต (มณีนุช สุทธสนธิ์ และคณะ, 2560) และเป็นการช่วยเปิดทางเดินหายใจทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจน รวมถึงการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้สาเหตุที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อาจได้แก่ การอุดตันทางเดินหายใจ ความจำเป็นในการการควบคุมการหายใจในระหว่างการผ่าตัด การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือคอ การเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการหายใจ (Fan et al., 2017) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยหนักในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนอยู่ระหว่าง

0.5 - 35.8% โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน ผลข้างเคียงของยา ความเครียด การบาดเจ็บสมอง ภาวะขาดน้ำหรือสารอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล ภาวะสับสน และอายุที่มากขึ้น (Berkow & Kanowitz, 2020) ในประเทศญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนถึง 66.7% (Kaneko et al., 2024) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนเฉลี่ย 7.5 ครั้งต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ (พัชรวรรณ สลักคำ และคณะ, 2562)

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (Unplanned endotracheal extubation) คือ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจออกจากหลอดลมคอ โดยที่แพทย์ยังไม่มีคำสั่งถอดท่อช่วยหายใจ (Klugman et al., 2020) นอกจากนี้อาจหมายถึง การดึงท่อช่วยหายใจออกเองของผู้ป่วย (Self-extubation) หรือมี



การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระหว่างการทำกิจกรรมการพยาบาล (กุสุมาลย์ งามศิริ และคณะ, 2562)

สาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดจากการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย การยึดท่อที่ไม่มั่นคง การจัดทำผู้ป่วยที่ไม่ระมัดระวัง และการเลือกใช้ขนาดท่อที่ไม่เหมาะสม เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อึดอัด ไม่สุขสบาย วิตกกังวล รู้สึกเป็นอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจ ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Jaber et al., 2017) ซึ่งนำไปสู่การดึงท่อช่วยหายใจออกเองของผู้ป่วย หรือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจอาจเกิดจากการให้กิจกรรมการพยาบาล เช่น การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่กลืนน้ำลายลำบาก ไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ มีน้ำลายไหลตลอดเวลา ทำให้พลาสติกที่พันท่อช่วยหายใจเปียกและหลุดง่ายซึ่งมีผลทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนไม่อยู่ในตำแหน่งที่แพทย์ใส่ หรือกรณีที่ผูกยึดท่อช่วยหายใจไม่แน่นอาจทำให้เกิดการเคลื่อนขยับของท่อช่วยหายใจไปมา ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ง่าย (นงลักษณ์ ณ นคร, 2563)

ผลกระทบที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ คือการบาดเจ็บของทางเดินหายใจ อาทิ กล้องเสียง สายเสียงและหลอดลมคอ เกิดภาวะระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ การหยุดหายใจ เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะการหายใจล้มเหลว (บังอร นาคฤทธิ์ และคณะ, 2558) ทำให้ต้องกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (Nosocomial pneumonia) เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of stay) นานขึ้น ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (มณีนุช สุทธสนธิ์ และคณะ, 2560)

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถเปิดให้บริการรองรับผู้ป่วยได้ถึง 280 เตียง ให้บริการรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยแพทย์เฉพาะทางเกือบทุกสาขา และให้บริการแบบบูรณาการครอบคลุม

ด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีหอผู้ป่วยหนักจำนวน 4 หอผู้ป่วย สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤตได้ทั้งหมดจำนวน 26 เตียง รองรับบริการให้บริการผู้ป่วยหนักด้านอายุรกรรมของโรงพยาบาล จอมทองและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่ายได้ของจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล จอมทอง, 2564)

โรงพยาบาลจอมทองมีตัวชี้วัดอุบัติการณ์กำหนดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจน้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจจากสถิติย้อนหลังปี 2564 โรงพยาบาลจอมทองมีผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 779 ราย ซึ่ง 707 ราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่ 10.78 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อเอง (9.06 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ) และจากกิจกรรมพยาบาล (1.72 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ) มีการ ใส่ท่อซ้ำ 6 ราย (24 %) ในปี 2565 จำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือ 752 ราย มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 679 ราย และอุบัติการณ์เลื่อนหลุดเพิ่มขึ้นเป็น 13.29 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจโดยเกิดจากผู้ป่วยดึงท่อเองทั้งหมดมีการใส่ท่อซ้ำ 10 ราย (32.25%) ปี 2566 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 772 ราย มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 662 ราย พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่ 11.21 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ โดยเกิดจากผู้ป่วยดึงท่อเอง (9.14 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ) และจากผู้ป่วยดิ้น (2.07 ต่อ 1,000 วันคาท่อช่วยหายใจ) มีการใส่ท่อซ้ำ 11 ราย (54.83 %) ข้อมูลนี้แสดงแนวโน้มการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลจอมทองที่มีความผันผวน โดยในปีแรกมีอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างต่ำ แต่เพิ่มขึ้นในปีถัดมา และลดลงเล็กน้อยในปีสุดท้าย แม้ว่าอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดจะลดลงในปีสุดท้าย แต่การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสามปี สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการจัดการและควบคุมการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจอมทอง, 2564)

ปัญหาความรู้ ความชำนาญ และทักษะของพยาบาลที่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีดังนี้ 1) ด้านความรู้และความชำนาญของบุคลากร ข้อผิดพลาดบ่อยครั้งเกิดจากความรู้และความชำนาญที่ไม่เพียงพอของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เช่น การขาดการฝึกอบรมที่เหมาะสมหรือความไม่เข้าใจในเทคนิคการใช้งานท่อช่วยหายใจอย่างถูกต้อง 2) ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพ เช่น การสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์อาจนำไปสู่การเข้าใจผิดหรือการทำงานที่ไม่ประสานกัน 3) ด้านการขาดการตรวจสอบและการประเมินอย่างสม่ำเสมอ การไม่ตรวจสอบสถานะของท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอและการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาด และ 4) ด้านการจัดการและการประเมิน ข้อผิดพลาดอาจเกิดจากการจัดการที่ไม่เหมาะสมในกระบวนการทำงาน เช่น การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง (Danielis et al., 2018)

การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ นอกจากจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตแล้วยังก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ ลดปัญหาการถูกฟ้องร้องในด้านความไม่พึงพอใจในคุณภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากความประมาทหรือบุคลากรขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง (ปีนสุรางค์ กระเสาร์, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม อาทิ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล การจัดการความปวด การให้ยาแก้ลมประสาทและการผูกยึดร่างกายเมื่อมีความจำเป็น ตลอดจนการให้ความรู้แก่พยาบาล ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการ

เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลงได้ (มณีนุช สุทธสนธิ และคณะ, 2560)

แม้ว่าการศึกษาของ มณีนุช สุทธสนธิ และคณะ (2560) จะพิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอาการหนัก และมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจร่วมกับยังไม่มีการศึกษาที่เจาะจงศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมของโรงพยาบาลจอมทอง

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่งของหน่วยงาน ที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้ แนวปฏิบัติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

สมมติฐานของการวิจัย

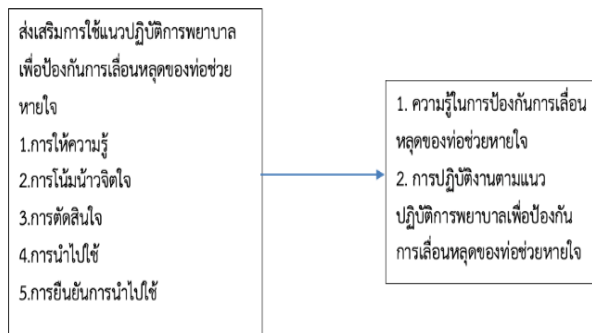
1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ



2. คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจสูงกว่าก่อนการได้รับการใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโรเจอร์ (Roger, E.M., 1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (มณีนุช สุทธสนธิ์ และคณะ, 2560) ร่วมกับกรอบแนวคิด Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework (Kitson et al., 1998) ที่พิจารณาการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ผ่าน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความพร้อมของหลักฐานบริบทของการทำงาน และการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติ มาเป็นกรอบแนวคิดในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกลงสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจ 4) การนำไปใช้ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (มณีนุช สุทธสนธิ์ และคณะ, 2560) และ

การประชุมเชิงปฏิบัติการของทีมการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยงการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Motor Activity Assessment, MAAS) 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การดูแลห่มในท่อช่วยหายใจ 4) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ 5) การหยาเครื่องช่วยหายใจ 6) การประเมินความปวดและจัดการความปวด และ 7) การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน

2.2 แบบทดสอบความรู้การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง มีลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย การบันทึก วันและเวลาที่ สังเกต กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล 7 กิจกรรมหลัก โดยแต่ละกิจกรรมจะมีกิจกรรมย่อยรวมทั้งหมด 39 กิจกรรมย่อย คะแนนเต็ม 39 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ แบบทดสอบความรู้การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญทางด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน คำนวณค่า CVI เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0 ตามลำดับ จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย จากนั้นคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ได้ผลค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องกัน (Percentage of agreement) ได้ค่าเท่ากับ 0.70 และ 0.99 ตามลำดับ ส่วนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้ทำการศึกษาสำรอง กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 10 ราย ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติการมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยผู้วิจัยได้แก้ไข ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม อาจารย์พยาบาลชำนาญทางด้านอายุรกรรม และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งหมด 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่ง กลุ่ม (One-group) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest design) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

โรงพยาบาลจอมทอง ใช้เวลารวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม - มีนาคม 2567

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 13 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) ตามความต้องการของผู้ศึกษาโดยคำนึงถึงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 13 คน ไม่นับรวมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม < 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง อย่างน้อย 1 ปี

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วย

3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (Exclusion criteria)

1. พยาบาลลาออกหรือย้ายงานระหว่างโครงการวิจัยยังไม่แล้วเสร็จ

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

3. พยาบาลที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วย ที่มีระยะเวลา > 1 เดือน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลจอมทอง รหัสโครงการ CTH-IRB 2023/002.1411 ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะได้รับทราบวัตถุประสงค์ การอธิบาย



ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยได้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและอาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกรเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบบหรือเสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ 1) ภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 3) ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงและขอความยินยอมในการสังเกตพฤติกรรมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 คน

ขั้นดำเนินการ 1) รวบรวมข้อมูล และการประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการทำแบบทดสอบความรู้ และการสังเกตการณ์ ก่อนการได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน 2) ดำเนินการส่งเสริมแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทอง 7 หมวด ตามขั้นตอนทฤษฎีเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ โดยดำเนินการใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ และกิจกรรมฝึก

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแบบรายกลุ่ม ดำเนินการใช้ระยะเวลา 2 วัน

2. การโน้มน้าวจิตใจ ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพโดยการนิเทศอย่างใกล้ชิดเป็นรายบุคคลในสถานการณ์จริงตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ด้วยการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ชื่นชม และเห็นคุณค่าจากการปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้ระยะเวลา 30 นาที ต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน โดยปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง/พยาบาล 1 คน ดำเนินการใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์

3. การตัดสินใจใช้เวลา 2 วัน ผู้วิจัยจัดประชุมสนทนากับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และสรุปมติที่ประชุมในการตัดสินใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปปฏิบัติใช้

4. การนำไปใช้ ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีเป็นรายบุคคลหลังจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ เสร็จสิ้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพยังจำเหตุการณ์ได้และเกิดการยอมรับในสิ่งที่ตนปฏิบัติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความถูกต้องต่อไป

5. การยืนยันข้อมูลการนำไปใช้ โดยผู้วิจัยประชุมกลุ่มในการสรุปปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ การแก้ไขปัญหา และการดำเนินการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามข้อเสนอแนะ

ประเมินผลการดำเนินงานภายหลังการได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และการทำแบบสอบถามความรู้ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน หลังเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตประเมิน ในทุกเวร เวรเช้า และเวรบ่าย โดยผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเบื้องต้นคือ 1) เข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 2) มีประสบการณ์ในการสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 3) เป็นบุคคลที่มีความเป็นกลาง ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normality) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นเส้นโค้งปกติ

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจ หลังจากได้รับการส่งเสริมการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี จำนวน 13 คนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 30.8 และอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.7 (อายุเฉลี่ย 27 ปี) ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.3 เพศชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.7 และมีประสบการณ์การทำงานพยาบาลมากที่สุดช่วง 6-10 ปี จำนวน 7 คน 11-15 ปี จำนวน 3 คน 1-5 ปี จำนวน 2 คน 21-25 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 23.1 15.4 และ 7.7 ตามลำดับ

2. ผลของการได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 (SD = 0.50) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.0 (SD = 1.15) และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) รายละเอียดดัง ตารางที่ 1

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.07 (SD = 1.18) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.15 (SD = 0.89) และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจะช่วยให้เห็นภาพรวมการกระจายตัวของ คะแนน ทั้งก่อนและหลังว่าออกไปจากค่าเฉลี่ยมากน้อยแค่ไหน โดยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลง แสดงว่า คะแนนของแต่ละคนมีความแตกต่างกันน้อยลงหลัง การฝึกอบรม หรืออีกนัยหนึ่งคือ คะแนนส่วนใหญ่เข้าใกล้ค่าเฉลี่ยรายละเอียดดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 13$)

คะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้	5.61	0.50	8.0	1.15	-7.67	<.001*
การปฏิบัติ	28.07	1.18	37.15	0.89	-23.67	<.001*

$P < .05$



สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลจอมทองที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจใช้ 4) การนำไปใช้ และ 5) การยืนยันข้อมูลการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี และเป็นเพศหญิง จำนวน 12 ราย มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลมากที่สุดช่วง 6 - 10 ปี จำนวน 7 คน 11-15 ปี จำนวน 3 คน 1-5 ปี จำนวน 2 คน 21-25 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.8, 23.1, 15.4, และ 7.7 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ช่วยให้ระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยแนวปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการการดูแล มีการให้ข้อมูลที่ละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและวิธีการป้องกัน นอกจากนี้แนวทางที่ชัดเจนและเหตุผลที่เป็นรูปธรรมสำหรับการปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับความสำคัญของการดำเนินการตามมาตรการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ การเรียนรู้ที่มีส่วนร่วม ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจแนวปฏิบัติได้ดีขึ้น และประสบการณ์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยในการเพิ่มการจดจำและการประยุกต์ใช้ความรู้ สอดคล้องกับบทความของ Almarhabi & Lee (2021) ที่กล่าวถึงการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจว่าการให้ความรู้และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพเป็นบทบาทที่สำคัญมาก โดยการให้ข้อมูลที่ละเอียดและแนวทางที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาล

เข้าใจขั้นตอนของการปฏิบัติจริงมากขึ้น นอกจากนี้การเรียนรู้ที่มีการมีส่วนร่วม เช่น การทำเวิร์กชอปหรือฝึกรอบรม จะช่วยให้พยาบาลสามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้จริงได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Brewster et al. (2020) ซึ่งพบว่าการพัฒนาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการจัดการท่อช่วยหายใจ เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือใหม่ ๆ มีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ โดยเฉพาะการหลุดเลื่อนของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด 1) การส่งเสริมการเรียนรู้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ อาจมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีโอกาสเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นไปได้ว่าการศึกษาเพิ่มขึ้นได้มีผลในการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของพยาบาล 2) การปฏิบัติที่สอดคล้องกัน การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอาจมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติจริงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติที่สูงขึ้นหลังจากการทดลอง 3) การเรียนรู้และการปฏิบัติที่ได้รับจากการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มความรู้และความสามารถในการปฏิบัติ ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้ศึกษาและปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง อาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของการรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้นหลังจากการทดลองซึ่งสอดคล้อง ในการศึกษาของ (วิภารัตน์ นาวารัตน์ และคณะ, 2560; นงลักษณ์ ณ นคร, 2563)

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ทักษะของพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากการฝึกอบรมและการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่ชัดเจน การให้ความรู้เชิงปฏิบัติช่วยให้

พยาบาลสามารถฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะในสถานการณ์จำลอง และเกิดการทบทวนวิธีการการปฏิบัติที่ผ่านการฝึกฝนเช่นนี้ไม่เพียงแต่ช่วยในการจำแนวทางปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น แต่ยังเสริมทักษะในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในขณะทำงาน ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นในทางปฏิบัติ

เช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ของโรเจอร์ (Roger's Learning Theory) ที่ระบุถึงการเรียนรู้และการพัฒนาของบุคคลมี 5 ขั้นตอนหลักคือ (1) การให้ความรู้ เป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่ผู้เรียนได้รับข้อมูลใหม่ ช่วยเพิ่มพูนความเข้าใจในประเด็นที่ต้องเรียนรู้ (2) การโน้มน้าวจิตใจ กระตุ้นความสนใจและแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลและการนำไปใช้ (3) การตัดสินใจ ให้ผู้เรียนเลือกวิธีการที่ดีที่สุดในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ (4) การนำไปใช้ ผู้เรียนฝึกใช้ความรู้และทักษะใหม่ในสถานการณ์จริง ช่วยพัฒนาความเชี่ยวชาญและ (5) การยืนยันการนำไปใช้ เป็นการประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการเรียนรู้และเพิ่มแรงจูงใจในการใช้ทักษะต่อไป โดยตัวทฤษฎีนี้มองว่ากระบวนการเรียนรู้ไม่ได้หยุดที่การรับรู้เพียงอย่างเดียว แต่มีขั้นตอนต่อมาที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมเพื่อการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคคล เพื่ออภิปรายความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้การป้องกันการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจในพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (Lebowitz 2023; Khasanah, 2018) ได้แก่ 1) การให้ความรู้ การใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ช่วยให้พยาบาลมีการได้รับความรู้และข้อมูลที่สำคัญกับพยาบาล เช่น วิธีการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในสถานการณ์ต่าง ๆ 2) การโน้มน้าวจิตใจ การใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ อาจมีการโน้มน้าวและสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลที่จะปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว 3) การตัดสินใจ

พยาบาลได้รับข้อมูลและความรู้เพียงพอในการตัดสินใจในการใช้แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 4) การนำไปใช้ การฝึกปฏิบัติและการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้ในทางปฏิบัติอาจช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความเข้าใจในการใช้แนวทางนั้น ๆ 5) การยืนยันการนำไปใช้ความสำเร็จในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและการพัฒนาทักษะของพยาบาลในด้านนี้อาจถือเป็นการยืนยันว่าการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้มีผลในการปรับปรุงความรู้และปฏิบัติของพยาบาลได้ตามที่คาดหวัง

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดสนับสนุนได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการ เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจให้พยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวปฏิบัติ ฯ ใช้กับพยาบาลที่จบใหม่
2. นำแนวปฏิบัติ ฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเพื่อพัฒนาผลลัพธ์และคุณภาพการดูแล
3. ส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติที่ดีที่มีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งแนวปฏิบัติเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นควรมีการส่งเสริมความยั่งยืน ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการจัดให้มีการประเมินการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมิน และดำเนินการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้แนวปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปสามารถเสนอให้มีการติดตามผลและประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว เพื่อปรับปรุงและปรับให้เหมาะสมกับสภาพการใช้งานจริงของหอผู้ป่วยหนัก



อายุรกรรม และทำการศึกษาโดยใช้วิธีเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพร้อมกับศึกษาการประเมินผลลัพธ์สุดท้าย

2. การศึกษาเพิ่มเติมในบริบทที่แตกต่าง โดยศึกษาในบริบทของหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อเห็นภาพที่ครอบคลุมและเปรียบเทียบข้อแตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

กุสุมาลย์ รามศิริ, นิติภา เพชรสิงห์ และ จีระพรรณ วันหาภิจ.

(2562). ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. *ชัยภูมิวารสาร*, 30(1), 16-25.

นงลักษณ์ ณ นคร. (2563). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(2), 30-44.

บังอร นาคฤทธิ์, อำภาพร นามวงศ์ และ น้ำอ้อย รักติวงศ์. (2558). การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 129-143.

ปิ่นสุรางค์ กระเสาร์. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่* 28(1), 27-41.

พัชรวรรณ สลักคำ, สุเพียร โภคทิพย์, พิมลพันธ์ เจริญศรี, อรทัย วัฒสมบัติ, พัลลมนต์ พุ่มทอง และ สุพจน์ สายทอง (2562). สถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด (Unplanned Extubation: UE) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 40(1-3), 51-60.

มณีนุช สุทธสนธิ์, ขนิษฐา แก้วกล้า และ วาสนา นัยพัฒน์. (2560). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยอาการหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(2), 51-70.

วิภารัตน์ นาวรัตน์, พนมพร พงษ์พิงค์พันธุ์, ปรัชชาติ ศรีอนุรักษ์, ปทุมพร กานะคามิน และสุวีณา เบาะเปลี่ยน. (2560). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนต่ออัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก* 18(1), 167-175.

ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจอมทอง. (2564). รายงานการประเมินตนเองโรงพยาบาลจอมทอง ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

Almarhabi, M., Cornish, J., & Lee, G. (2021). The effectiveness of educational interventions on trauma intensive care unit nurses' competence: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64(1), 102931. DOI:10.1016/j.iccn.2020.102931

Berkow, L., & Kanowitz, A. (2020). COVID-19 putting patients at risk of unplanned extubation and airway providers at increased risk of contamination. *Anesthesia & Analgesia*, 131(1), e41-e43.

Brewster, D. J., Chrimes, N., Do, T. B., Fraser, K., Groombridge, C. J., Higgs, ... Gatward, J. J. (2020). Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *The Medical journal of Australia*, 212(10), 472-481. <https://doi.org/10.5694/mja2.50598>

Danielis, M., Chiaruttini, S., & Palese, A. (2018). Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive & critical care nursing*, 47(-), 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>



- Fan, E., Del Sorbo, L., Goligher, E. C., Hodgson, C. L., Munshi, L., Walkey, A. J., ... American Thoracic Society, European Society of Intensive Care Medicine, and Society of Critical Care Medicine (2017). An Official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: Mechanical Ventilation in Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(9), 1253–1263.
<https://doi.org/10.1164/rccm.201703-0548ST>
- Garretson, S., & Malec, A. (2015). Strategies to reduce unplanned extubations in the intensive care unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(3), 242-248. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000108>
- Jaber, S., Bellani, G., Blanch, L., Demoule, A., Esteban, A., Gattinoni, L., ... Marini, J. J. (2017). The intensive care medicine research agenda for airways, invasive and noninvasive mechanical ventilation. *Intensive care medicine*, 43(9), 1352–1365.
<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4896-8>
- Kaneko, T., Kato, T., Shiko, Y., Kawasaki, Y., & Koyama, K. (2024). Assessment of pre-extubating recurrent laryngeal nerve palsy using ultrasound in postoperative patients with esophageal cancer: a prospective observational study. *Journal of anesthesia*, 38(3), 347–353.
<https://doi.org/10.1007/s00540-024-03315-7>
- Khasanah, I. H. (2018). *Implementation of Oral Nursing Care Guideline for Intubated Patients With Mechanical Ventilator in an ICU in Indonesia*. [Doctoral 's thesis, Prince of Songkla University].
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12525/1/425882.pdf>
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
<https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Klugman, D., Melton, K., Maynard, P. O. N., Dawson, A., Madhavan, G., Montgomery, V. L., ... & Lyren, A. (2020). Assessment of an unplanned extubation bundle to reduce unplanned extubations in critically ill neonates, infants, and children. *JAMA pediatrics*, 174(6), e200268-e200268.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0268>
- Lebowitz, L. A. (2023). *Reducing Unplanned Extubations in the Intensive Care Unit With Evidence-Based Practice Recommendations*. [Doctoral 's thesis, The University of Arizona].
<https://www.proquest.com/openview/4b2e5ceb089f55d902655ff2a469ecac/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Roger EM. (1995). Diffusion of innovations. 4th ed. The free press World Stroke Organization.



ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์
ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด - 19
Effect of Social Support Program Using Application Line
to Stress of Aging in the COVID - 19 Situation

ชัยสิทธิ์ ทั่นศึก (พย.ม)¹

Chaisit Thansuk (M.N.S.)

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญ (พย.ม)²

Lunchana Phimphanchaiyaboon (M.N.S.)

Received: June 25, 2024

Revised: October 28, 2024

Accepts: November 1, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ และมีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent Samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 หลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลงได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้สูงอายุ ความเครียด

¹ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

² อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author: e-mail maylunchana@hotmail.com

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of the social support program using line application on stress among the aging in The Senior Citizen Association of Nursing Siam University. The Thai 36 aging participants were purposively recruited according to the criteria and simply randomized in an experiment. 18 of them were randomly assigned to either the experimental or the control group. The experimental group received the social support program using line application while the control group received the usual care. Data were collected from both groups at pre-test, post-test period from December 2022 to January 2023. Instruments included the SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) with its Cronbach's alpha was .87, and social support program using group process. Descriptive statistics and Independent Samples t-test were applied analyze the data.

The results revealed that the stress of aging mean score of the experimental group was significantly different from those in the control group ($p < .05$). The stress mean scores at post-test and at follow up period in the experimental group were significantly lower than at pre-test as well as lower than those of the control group ($p < .001$). The results of this study indicated that a social support program using line application was able to reduce the feeling of stress in the aging.

KEYWORDS: Social support program using application line, Aging, Stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ที่กำลังระบาดหนักอยู่ในขณะนี้ เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อยืนยันทั่วโลก (ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2565) จำนวน 583,211,057 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาและอาการเป็นปกติแล้ว จำนวน 4,399,358 ราย เสียชีวิต 6,413,368 ราย ในส่วนของประเทศไทยนั้น พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2,246 ราย แบ่งเป็นติดเชื้อในประเทศ 2,250 ราย ติดเชื้อในเรือนจำ 5 ราย ผู้ติดเชื้อสะสม 2,382,174 คน มีผู้เสียชีวิต 35 ราย เสียชีวิตสะสม 31,526 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19, (ศบค.), 2565)

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย จากรายงานกระทรวง

สาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 2 มกราคม 2565) พบว่า ยอดผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวนถึง 2,221,163 ราย พบผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเสียชีวิตระลอก 1 มกราคม 2563 - 14 ธันวาคม 2563 ร้อยละ 6.50 ระลอก 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 ร้อยละ 2.60 ระลอก 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน ร้อยละ 5.37 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) รัฐบาลจึงมีมาตรการในการป้องกันโดยการให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องจำกัดการออกนอกที่พักอาศัยเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก (กรมอนามัย, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองหรือคนในครอบครัว ในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2564) และส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ 1.ด้านร่างกาย อาจเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย หรือมีอาการรุนแรงถึงขั้นปอดอักเสบ จนถึงแก่ชีวิตได้ และเมื่อหายแล้วจะยังทิ้งรอยโรค และอาการเอาไว



กลายเป็นภาวะลองโควิด (LONG COVID) 2.ด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 ต้องใช้เวลาในการพักฟื้น อาจเสียความคล่องตัวขั้นพื้นฐาน (Loss of basic mobility) ทำให้สูญเสียความมั่นใจในสิ่งที่เคยทำ หรือการรู้สึกผิดที่ต้องลาป่วยเป็นเวลานาน ทำให้เพื่อนร่วมงานต้องมารับผิดชอบงานแทน และขณะป่วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะลดลง ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่หากได้รับการติดเชื้อทำให้มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องรักษาระยะห่างทางกาย(Physical distancing) ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกทางสังคม (Social isolation) และมีความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเครียดได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของ ลัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ และชัยสิทธิ์ ทันทีก (2564) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Isolation) มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับมากกว่า 24 คะแนน โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล และช่วยลดความเครียดได้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer et al., 1981) โดยการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อความเครียดของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสยาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 3 โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างมีแบบแผน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ มาพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ดังนี้ 1.การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน และความไว้วางใจ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที ห่างกันสัปดาห์ละครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือใช้การตรวจสอบข้อมูลโดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI มากกว่า 0.8 ค่าความค่าดัชนีตามสูตร Lynn (1986) ส่วนแบบประเมินความเครียดเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมดโดยไม่ได้มีการดัดแปลงผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีก

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยง ได้ค่าเท่ากับ .87

ข้อพิจารณาจริยธรรม

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปากท่อ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองเลขที่ PTHEC 01/2565 วันที่รับรอง 14 ธันวาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. **ระยะก่อนการทดลอง** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) พร้อมกับนัดหมายผู้สูงอายุ วัน เวลา ในกลุ่มไลน์กลุ่มควบคุมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการทดลอง

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** ใช้เวลา 6 สัปดาห์ โดย ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ

3. **ระยะหลังการทดลอง** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดี ตลอดช่วงการทำวิจัย

กลุ่มทดลอง

1. **ระยะก่อนการทดลอง** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) พร้อมกับนัดหมายผู้สูงอายุในไลน์กลุ่มทดลอง โดยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด ใช้เวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 45 นาที ทั้งหมด 6 ครั้ง ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 1 กิจกรรม: “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน และได้ทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งจะเริ่มสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร สร้างสัมพันธภาพและกล้าแสดงออกพร้อมทั้งการมีส่วนร่วมมากขึ้น นำไปสู่การพูดคุยสานสัมพันธ์กันในระยะยาว

ผู้วิจัยดำเนินการตามลักษณะกิจกรรม ดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวโดยให้นำรูปถ่ายของตนเอง พร้อมบอกนิยามความเป็นตนเอง กิจกรรมยามว่างที่ชอบทำและคติประจำใจเผยแพร่ (Share) ลงกลุ่มไลน์



2. ผู้วิจัยแจ้งและขออนุญาตเก็บรูปภาพของกลุ่มตัวอย่าง และนำรูปภาพของกลุ่มทดลองมาสร้างเป็น VDO และส่งกลับคืนในกลุ่มทดลอง ให้ได้รับชมในครั้งต่อไป เพื่อสร้างความประทับใจ (First impressions) ที่ดี

3. ผู้วิจัยนำรูปภาพและนิยามความเป็นตนเอง กิจกรรมยามว่างที่ชอบทำ และคติประจำใจ นำมาสร้างเป็น Postcard เป็นของที่ระลึกมอบให้กลุ่มทดลองหลังจบโปรแกรม

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปและทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ หลังจากนั้นแจ้งกำหนดการในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2 พร้อมกับการนัดหมายกับสมาชิกในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งเว้นห่างจากโปรแกรม ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 2 “รู้เท่าทัน เข้าถึงข่าวสาร โควิด -19” (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน และวิธีการปฏิบัติตัวต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการรับเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึงวิธีการติดต่อและเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อได้รับผลกระทบจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการตามลักษณะกิจกรรม สร้าง Animation และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อไวรัส Covid-19 ดังนี้ 1) มารูจักเชื้อไวรัส Covid -19 2) การแพร่เชื้อและการรับเชื้อของเชื้อไวรัส Covid-19 3) อาการแสดงของเชื้อไวรัส Covid-19 4) วิธีปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อและการเข้ารับการรักษา 5) การป้องกันตัวเองจากเชื้อไวรัส Covid-19 และการรับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัส Covid-19

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปและทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ หลังจากนั้นแจ้งกำหนดการในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 3 พร้อมกับการนัดหมายกับสมาชิกใน

การเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งเว้นห่างจากโปรแกรม ครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 3 “ออกกำลัง ผ่อนคลายลดเครียด” (สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียดและช่วยให้มีความสุข ช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงรู้สึกสดชื่น

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยการสร้าง Animation ทาบริหารร่างกายสไตล์ไทย 12 ท่า (กรมอนามัย, 2562)

ท่าที่ 1 ท่าสวัสดี กางแขนทั้งสองข้างขึ้นและหงายมือ วาดแขนหมุนไหล่ขึ้นเหนือศีรษะ หมุนแขนลง ท่าพนมมือ (ทำ 8 ครั้ง)

ท่าที่ 2 ท่ายกไหล่ กางแขนออกก้ามือหลวมๆ ยกไหล่ขวาขึ้นแล้วลง ยกไหล่ซ้ายขึ้นแล้วลง ยกไหล่สองข้างพร้อมกันขึ้นแล้วลงท่าสองครั้ง (ทำ 4 รอบ)

ท่าที่ 3 ท่าบัวตูมบัวบาน วาดแขนไปด้านหลังหน้าคว่ำมือ ผสานกัน โกงตัว กางแขน หงายมือ ยืดออกพร้อมเงยหน้า (ทำ 8 ครั้ง)

ท่าที่ 4 ท่ากระโดดไม้ เหยียดแขนสองข้างตรงไปด้านหลัง ฝ่ามือประกบกัน วาดแขนเอี้ยวตัวไปทางด้านหลัง บิดตัวกลับ เหยียดแขนตรง ฝ่ามือประกบกัน (ทำสลับด้านขวา และซ้าย 8 ครั้ง)

ท่าที่ 5 ฝ่ามือกลม วาดแขนขึ้นชูเหนือศีรษะ เอียงตัวไปด้านข้าง แขนอีกข้างแนบลำตัว วาดแขนลง ดึงตัวกลับ ยืนตรง ลำตัวตรง (ทำด้านขวา 4 ครั้ง ซ้าย 4 ครั้ง)

ท่าที่ 6 ท่านกขมิ้น ยืนตรงเหวี่ยงแขนมาด้านหน้า เหวี่ยงแขนไปด้านหลังยกเข้าขึ้นสูงระดับเอว เหวี่ยงแขนมาด้านหน้าพร้อมวางเท้า (ยกเข้าสลับข้างขวา-ซ้าย 16 ครั้ง)

ท่าที่ 7 ท่ารำไทย ตั้งวงบน: ยกเท้าขึ้นเป็นวงโค้งนิ้วหัวแม่มือหักเข้าหาฝ่ามือ จีบหงาย: หงายข้อมือขึ้น หักข้อมือเข้าหาแขน หัวแม่มือและนิ้วชี้ติดกัน (ทำสลับข้างขวาและซ้าย จำนวน 16 ครั้ง)

ท่าที่ 8 ท่าชกมวย ยืนตรง แยกเท้าระดับไหล่ ยกแขนกำหมัด ออกแรงจากไหล่ เหยียดแขนไปด้านหน้า ปิดลำตัวเล็กน้อย ดึงแขนกลับสู่ท่าจรดมวย (ยกสลับด้านขวา และซ้าย 16 ครั้ง)

ท่าที่ 9 ท่าแจวเรือ กำหมัดยกแขนขึ้น ทำท่าจับไม้พาย ท่าท่าแจวเรือ ลดแขนลงขวางลำตัว ยกเข้าปิดลำตัวลงเล็กน้อย (แจว 2 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ ทำสลับขวา-ซ้าย 4 รอบ)

ท่าที่ 10 ท่าเหวี่ยงแห ย่อเข้า เอี้ยวตัว ปิดลำตัว เหยียดแขนลงขวางลำตัว กำหมัดเหยียดเข้ายืนตรง เหวี่ยงแขนขึ้นขวางผ่านลำตัว ชูแขนขึ้นเงยหน้ามองไปที่มือ (ท่าด้านขวา 4 ครั้ง ซ้าย 4 ครั้ง)

ท่าที่ 11 ท่าดำนา ก้าวขา วางส้นเท้ากับพื้น กระดกปลายเท้าขึ้น งอเข่าอีกข้าง ก้มตัวลง เหยียดแขนตรงสู่พื้น ยึดตัวขึ้นยืนตรง (ท่าสลับ ด้านขวา-ซ้าย 8 ครั้ง)

ท่าที่ 12 ท่าท้องฟ้า ย่อเข้าไขว้แขน มือจับเข่า หายใจเข้า ยึดตัวขึ้น วาดแขนขึ้น หายใจออก วาดแขนขึ้นเหนือศีรษะ มือชิดกัน วาดแขนลงกลับสู่ท่าเริ่มต้น (ทำ 8 ครั้ง)

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปและทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้จากการร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นแจ้งกำหนดเนื้อหาในการทำโปรแกรม ครั้งที่ 4 พร้อมกับมีการนัดหมายกับสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งเว้นห่าง จากโปรแกรม ครั้งที่ 3 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 4 “พวงมาลัยคล้องใจ” (สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ใช้ ทักษะ ฝีมือและได้ใช้เวลาว่างทำกิจกรรมคลายเหงา

วิธีดำเนินการตามลักษณะของกิจกรรม

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่าง ผ่านทางไปรษณีย์ 3 - 4 วันก่อนเริ่มทำ กิจกรรมให้แก่มกลุ่มทดลอง อุปกรณ์ประกอบด้วย คลิป หนีบสีดำ 2-3 ตัว ผ้าขาวม้า 1 ผืน หลอดดูดน้ำขนาดใหญ่ 15 หลอด ลวดริบบิ้น 1 ชุด

2. ผู้วิจัยจัดทำ VDO สาธิตการพับผ้าขาวม้า เป็นพวงมาลัย

3. ส่ง VDO ให้กลุ่มทดลองได้ดูผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

4. ให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือทำพวงมาลัย ผ้าขาวม้า พร้อมกับถ่ายภาพพวงมาลัยของตนเอง เผยแพร่ลงในกลุ่มไลน์แลกเปลี่ยนกัน

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุป ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มพร้อมกับ แจ้งกำหนดเนื้อหาในการเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 5 และนัดหมายกับสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งเว้นห่างจากโปรแกรมครั้งที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 5 “Long COVID รู้ทัน ป้องกันได้” (สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และแนวปฏิบัติเพื่อ ฟื้นฟูตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโควิด - 19

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามลักษณะกิจกรรม สร้าง Animation และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ Long Covid - 19 ดังนี้คือ Long Covid - 19 คืออะไร, วิธี สังเกตอาการ Long Covid - 19, วิธีฟื้นฟูอาการ Long Covid - 19

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุป ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม หลังจากนั้นแจ้งกำหนดเนื้อหาในการเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 6 และนัดหมายกับสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งเว้นห่าง จากโปรแกรม ครั้งที่ 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support)

โปรแกรม ครั้งที่ 6 “ยามว่าง มาสร้างสรรค์สิ่ง เกิดประโยชน์” (สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้อแอลกอฮอล์ ที่ใช้ เป็นเจลล้างมือเพื่อป้องกันไวรัสโควิด -19 ใน สถานการณ์ปัจจุบัน



วิธีดำเนินการตามลักษณะกิจกรรม

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรม ให้กลุ่มทดลอง ส่งผ่านทางไปรษณีย์ 3 - 4 วันก่อนทำกิจกรรม อุปกรณ์มีดังนี้ คือ เอทิลแอลกอฮอล์ 95% หรือแอลกอฮอล์สำหรับล้างแผล 60 มิลลิลิตร 1 ขวด กลีเซอริน 15 กรัม ประมาณ 1 ขวดขนาดเล็ก กระบอกลี้นยาหรือช้อนชาสำหรับตวง เจลว่านหางจระเข้ และขวดปั๊มสำหรับใส่เจลแอลกอฮอล์

2. ผู้วิจัยจัดทำ VDO สาธิตการทำเจลแอลกอฮอล์

3. ส่ง VDO ให้กลุ่มตัวอย่าง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

4. ให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติการทำเจลแอลกอฮอล์และถ่ายภาพเจลแอลกอฮอล์ส่งเผยแพร่ลงในกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ 6 โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดช่วงการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว รายได้ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยการหาค่าความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียดสวนปรง SPST-20 (Suanprung Stress Test - 20) ด้วยค่า (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากการหาค่าผลรวมแล้วนำผลรวมมาแปลเป็นระดับความเครียด

3. วิเคราะห์ผลของความเครียด ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้ Independent Samples t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานณโควิด - 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.70) อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 49.10) รองลงมา สถานภาพสมรส (ร้อยละ 22.8) น้อยที่สุดแยกกันอยู่ (ร้อยละ 2.00) มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 29.80) รองลงมา คือ รายได้ 600 - 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 28.10) และน้อยที่สุด คือ รายได้ 1,501 - 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 5.30) ที่พักอาศัย พักอาศัยอยู่ กับครอบครัว (ร้อยละ 87.70) รองลงมา คือ อยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 12.30) และน้อยที่สุด คือ อยู่กับผู้อื่น (ที่ไม่ใช่ครอบครัว) (ร้อยละ 0.00) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่าน โซเชียลมีเดีย (ร้อยละ 75.00) รองลงมา คือ ผ่านทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 11.10) และน้อยที่สุดคือ ผ่านทางวิทยุกระจายเสียง (ร้อยละ 2.78)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=18) และกลุ่มทดลอง (n=18)

ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ก่อนการทดลอง	$\bar{x}$	S. D	t	p-value (1-tailed)
กลุ่มควบคุม	26.65	0.090	1.044	0.304*
กลุ่มทดลอง	27.61	0.050		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ก่อนการให้โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ของกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=18) และกลุ่มทดลอง (n=18)

ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 หลังการทดลอง	$\bar{x}$	S. D	t	p-value (1-tailed)
กลุ่มควบคุม	31.55	0.089	2.755	0.009*
กลุ่มทดลอง	21.90	0.147		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 หลังการให้โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ระดับความเครียดเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีระดับความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งระหว่างการ

เข้าร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ความร่วมมือและให้ความสนใจกับกิจกรรม

การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามา มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคมนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสื่อสารและสังสรรค์ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันใกล้เคียงกันหรือต่างวัยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบและลักษณะของกิจกรรมสังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมนั้นนอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้วยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีโดยที่ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคมด้วยการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุยังเป็นเงื่อนไขสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการถ่ายทอด



ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองรวมทั้งการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ภูมิปัญญา และทักษะร่วมกับบุคคลอื่น โดยจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์และความภาคภูมิใจต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการวิจัยนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเครียด และการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพในลักษณะต่างๆ มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เสริมสร้างการรู้คิดให้เหมาะสมตามวัย โดยใช้ครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และควรมีการให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง และส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กิจกรรมแต่ละกิจกรรมควรมีแบบประเมินเพื่อประเมินผลทุกกิจกรรม เพื่อประเมินว่าสมาชิกมีความเครียดเพิ่มขึ้น หรือลดลงในแต่ละสัปดาห์หรือไม่ ผลงานการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับสิ่งประดิษฐ์สวยงามไม่ควรนำมาจัดแสดง หรือจัดทำมากเกินไป เพราะไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนจะทำได้ หากทำไม่ได้สวยงามอาจเกิดความเครียดมากกว่าเดิม ควรเพิ่มกิจกรรมและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม และควรนำโปรแกรมมาต่อยอดสร้างเป็นแอปพลิเคชันร่วมกับแบบประเมินความเครียด และมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับความเครียดแต่ละระดับ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ดร. พรชัย มงคลวนิช อธิการบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่ให้โอกาสผู้ทำวิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า จนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำวิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำเพิ่มเติม เกี่ยวกับงานวิจัย ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Corona Disease 2019 (COVID-19)
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.phpf>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no730-020165.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ความเสี่ยง และผลกระทบต่องูสูงอายุในช่วง Covid-19.
<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). 12 ท่าบริหารร่างกายสไตล์ไทย.
<https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/exercise-style-thai/>



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.

https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdccaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6734/34105/file_download/f58d7f01402d9b74c9c1982f80665644.pdf

ลัญจนา พิมพ์ชัยบุญ และชัยสิทธิ์ ทั่นศึก (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม, 24(47), 45-57.

ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด- 19 (ศบค). (2565).

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19)

http://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/060564.pdf

Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. "The health related functions of social support." *Journal of Behavior Medicine*. 4 (1981): 381-406.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7338894/doi/10.1007/BF00846149>.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ
นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

Predictive Factors of Breast Cancer Prevention Behavior among
Female University Students in Chachoengsao Province

Received: October 20, 2024

Revised: November 29, 2024

Accepts: December 6, 2024

ศิริวรรณ ตุงค์เรือง (พย.ม)¹

Siriwan Turongruang (M.N.S)

เพ็ญศิริ สันตโยภาส (พย.ด)²

Pensiri Santayopas(D.N.S)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหญิงจำนวน 341 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-23 ปี (ร้อยละ 95.89) ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, SD = 0.57) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.98$, SD = 0.32) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าทุกปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการรับรู้ในแต่ละด้านมีค่าดังนี้: การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.92$, SD = 0.60) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X} = 3.44$, SD = 0.59) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X} = 3.58$, SD = 0.77) และความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\bar{X} = 3.50$, SD = 0.57) โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.257$, $p < .001$) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่ามีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = .316$) โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = 0.318$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม การฝึกปฏิบัติทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม นักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย

¹ อาจารย์ ² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, Thailand
Corresponding Author's: Siriwan.tu@northbkk.ac.th



Abstract

This descriptive research aimed to study the level of breast cancer awareness, the level of breast cancer prevention behavior, the relationship between breast cancer awareness and breast cancer prevention behavior, and the predictive factors of breast cancer prevention behavior among female students at a university in Chachoengsao Province. The sample consisted of 341 female students. Data were collected using a questionnaire. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis. The results revealed that the majority of the sample was between 18-23 years old (95.89 percent). The overall level of health awareness about breast cancer was moderate ($\bar{x} = 3.42$, $SD = 0.57$). The overall level of breast cancer prevention behavior was moderate ($\bar{x} = 1.98$, $SD = 0.32$). The analysis of health awareness in each aspect showed: benefits of breast self-examination awareness ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.60$), susceptibility awareness ($\bar{x} = 3.44$, $SD = 0.59$), severity awareness ($\bar{x} = 3.58$, $SD = 0.77$), and self-efficacy in breast self-examination ($\bar{x} = 3.50$, $SD = 0.57$). The correlation analysis found that all health awareness factors had a statistically significant positive relationship with breast cancer prevention behavior ($p < .05$), with self-efficacy in breast self-examination having the highest relationship ($r = 0.257$, $p < .001$). The multiple regression analysis found that five variables could jointly predict breast cancer prevention behavior by 31.6 percent ($R^2 = .316$), with self-efficacy in breast self-examination having the highest predictive power ($\beta = 0.318$). The findings can be applied to develop a breast self-examination promotion program focusing on enhancing self-efficacy in breast self-examination, providing proper breast examination skills training, and educating about the risks and severity of breast cancer.

KEYWORDS: Health beliefs, Breast cancer prevention behavior, Female university students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบอันดับต้น ๆ ของโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2021 ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในแต่ละปีมีจำนวนมากกว่า 2.3 ล้านคน และทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่ 42.1 ต่อประชากรแสนราย (World Health Organization [WHO], 2021) มะเร็งเต้านมพบในผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็น 244,000 รายต่อปี (Lin et al., 2013) สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งสูงสุดเป็นอันดับสองในผู้หญิงอายุ 0 - 39 ปีทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิต 44,800 รายต่อปี อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในผู้หญิงอายุ 25 - 49 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 16

นับตั้งแต่ทศวรรษ 1990 (Fidler et al., 2017) สำหรับประเทศไทยนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2561) รายงานว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน โดยพบมะเร็งเต้านมสูงสุด จำนวน 38,559 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น ร้อยละ 34.25 และพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2556 - 2560 ต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.88 10.46 11.34 12.38 และ 12.56 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญและคุกคามต่อชีวิตของเพศหญิง สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรี พบในอายุของเพศหญิงที่มี



อายุมากกว่า 35 ปี เกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าอายุน้อยกว่า 35 ปี (American Cancer Society, 2019) และจากรายงานสมาคมมะเร็งเต้านมแห่งเอเชียพบว่าร้อยละ 13 ของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ในขณะที่พบร้อยละ 5 ในผู้หญิงอายุน้อยกว่า 35 ปี การที่มะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมากในเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร่วมกับเมื่อกลุ่มนี้เป็นมะเร็งแล้วเซลล์ที่มีรูปร่างผิดปกติ มีการลุกลาม การกระจายที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า (Bhoo-Pathy et al., 2013)

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนประชากรเพศหญิงในปี 2563 จำนวน 95,677 คน พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.67 สัดส่วนการคัดกรองมะเร็งเต้านมในหญิงวัย 30-70 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบร้อยละ 68.23 68.68 และ 75.30 ตามลำดับ และอำเภอบางคล้า พบร้อยละ 91.74 89.84 และ 62.69 ตามลำดับ อัตราตายจากมะเร็งเต้านมเพศหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราต่อแสนประชากร 13.09 17.71 15.40 16.98 และ 15.28 ตามลำดับ อำเภอบางคล้า พบอัตราตายต่อแสนประชากร 4.21 21.09 16.87 25.27 และ 20.95 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564) จากสถิติจะเห็นได้ว่า อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านมนั้นยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มอาจสูงขึ้น มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ (2566) รายงานจำนวนนักศึกษาภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 มีจำนวน 3,187 คนซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในช่วงอายุ 18 - 35 ปี เป็นวัยเรียน เริ่มเข้าสู่การทำงานและสร้างครอบครัวจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Secginli & Nahcivan, 2006) การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองนั้นถ้าทำอย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะเป็นวิธีที่ค้นหามะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก (Austoker, 2003) และเพศหญิงที่ตรวจพบ

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Thomas et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อและรับรู้ ว่า โรคที่อาจเกิดขึ้นนั้นจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบชีวิต และมีความเชื่อว่าถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมจะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ (Rosenstock et al., 1988) ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่จูงใจประการหนึ่งที่เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แบบจำลองสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรม การเลี่ยงการเกิดโรคและการปรับพฤติกรรม โดยที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิต

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดทางการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ตัวแปรต้น 1. ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ รายได้ ครอบครัว ประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว 2. ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมและตัวแปรตามคือพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แสดงดังภาพที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีลักษณะ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

2.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

2.5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

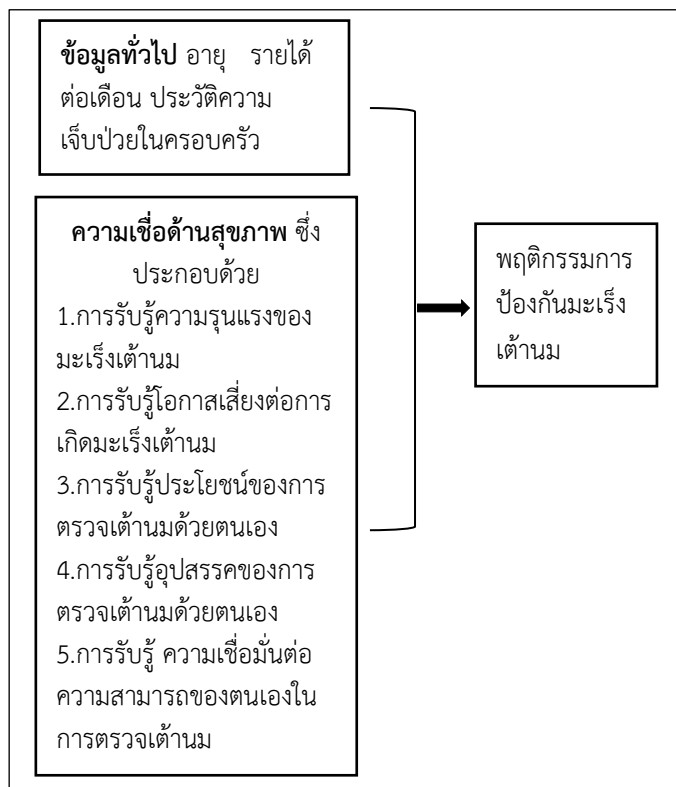
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล (2549) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ระดับ (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และ Hambleton (1977) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.76 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการ



เก็บรวบรวมข้อมูล (Rovinelli & Hambleton, 1977)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 (Cronbach, 1951)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 3,123 คน (มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 341 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนนักศึกษาแต่ละคณะ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. นักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม
2. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาให้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 191/2566 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าว และติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้นักศึกษาหญิงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนของการทำวิจัย และเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนโดย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองจนครบ 341 คน กลุ่ม

ตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS) ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความเชื่อสุภาพ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

5. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ดีที่สุด การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จะใช้เกณฑ์ดังนี้ (Hinkle et al., 2003) $r = 0.00 - 0.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ $r = 0.30 - 0.69$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง $r = 0.70 - 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 341$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18-20	162	47.50
21-23	165	48.39
24-26	14	4.11
รายได้ครอบครัว (บาท)		
0-9,000	94	27.56
9,001-12,000	90	26.41
12,001-15,000	90	26.41
มากกว่า 15,000	67	19.62
ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	306	89.74
มี	35	10.26
- แม่	4	1.17
- พี่สาว/น้องสาว	14	4.11
- ป้า/น้า	17	4.98

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-23 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.39 รองลงมาคือช่วงอายุ 18-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 20.45 ปี ($SD = 1.82$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,245 บาท ($SD = 3,456$) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 9,000 บาท (ร้อยละ 27.56) และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.74) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ในกลุ่มที่มีประวัติ พบว่าส่วนมากเป็นป้า/น้า (ร้อยละ 4.98) รองลงมาคือพี่สาว/น้องสาว (ร้อยละ 4.11)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงความเชื่อสุขภาพของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกรายด้าน โดยรวม ($n = 341$)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.92	0.60	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.44	0.59	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.58	0.77	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.48	0.62	ปานกลาง
การรับรู้ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.50	0.57	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	3.58	0.63	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิง พบว่า ในภาพรวมมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.60$) สำหรับด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.77$) ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.57$) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.62$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.59$)

3. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.98$, $SD = 0.32$) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.31$, $SD = 0.48$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทยาง ปิ้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำ

($\bar{X} = 1.70$, $SD = 0.58$) ด้านพฤติกรรมการป้องกันพบว่า การสนใจปฏิบัติตามคำแนะนำมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.28$, $SD = 0.45$) รองลงมาคือการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 2.27$, $SD = 0.52$) ทั้งสองพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X} = 1.74$, $SD = 0.55$) และการให้แพทย์ตรวจเต้านมทุกปี ($\bar{X} = 1.51$, $SD = 0.62$) อยู่ในระดับต่ำดังแสดงในตารางที่ 3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.257$, $p < .001$) รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.206$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.170$, $p < .001$) การรับรู้ความรุนแรง ($r = 0.145$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรค ($r = 0.106$, $p < .05$) ตามลำดับ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.3$) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง จำแนกตามรายด้าน (n = 341)

พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม
การรับประทานอาหาร			
1. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.31	0.48	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้ง ปิ้ง	1.70	0.58	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกัน			
1. การสนใจปฏิบัติตามคำแนะนำ	2.28	0.45	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา	2.27	0.52	ปานกลาง
3. การตรวจสุขภาพประจำปี	1.74	0.55	ต่ำ
4. การให้แพทย์ตรวจเต้านม	1.51	0.62	ต่ำ
ระดับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม	1.98	0.32	ปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 341)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม	
	r	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.170***	.001
2. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.106*	.038
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.206***	.000
4. การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม	0.145**	.004
5. ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม	0.257***	.000

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

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง (n = 341)

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	p-value
ค่าคงที่	1.245	0.114	-	10.921	< .001
X ₁ ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม	0.224	0.031	0.318	7.226	< .001
X ₂ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.167	0.028	0.212	5.964	< .001
X ₃ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.108	0.032	0.132	3.375	< .001
X ₄ การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม	0.095	0.030	0.122	3.167	.002
X ₅ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	0.136	0.038	0.175	3.579	< .001

R = .562, R² = .316, Adjusted R² = .306, F = 30.945, p < .001



จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกัน มะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง พบว่ามีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = 0.316$) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\beta = 0.318$) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.212$) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.175$) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\beta = 0.132$) และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.122$) ตามลำดับ

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 1.245 + 0.224(X_1) + 0.167(X_2) + 0.108(X_3) + 0.095(X_4) + 0.136(X_5)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.318(X_1) + 0.212(X_2) + 0.132(X_3) + 0.122(X_4) + 0.175(X_5)$$

เมื่อ X_1 = ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง
 X_2 = การรับรู้โอกาสเสี่ยง X_3 = การรับรู้ประโยชน์
 X_4 = การรับรู้ความรุนแรง X_5 = ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหญิง ในช่วงอายุ 18 - 23 ปี (95.89%) ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson (1968) ที่ระบุว่า เป็นช่วงวัยของการค้นหาอัตลักษณ์และเริ่มสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิด อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยง ด้านรายได้ครอบครัว พบการกระจายตัวค่อนข้างสม่ำเสมอในช่วง 0 - 15,000 บาท โดยเฉพาะในช่วง 0 - 9,000 บาท (27.56%) และ 12,001 - 15,000 บาท (26.41%)

สะท้อนความหลากหลายทางเศรษฐกิจซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.74) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz et al. (2011) ที่พบว่าประวัติครอบครัวมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทราโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.92$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ที่พบว่านักศึกษาหญิงมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายในยุคดิจิทัล ในขณะที่การรับรู้อุปสรรค โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่า การขาดความรู้ และทักษะเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50$) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าประสบการณ์ตรงเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3. พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.98$, $SD = 0.32$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ที่พบว่านักศึกษาหญิงในมาเลเซียมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การสนใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำ และการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่า

นักศึกษามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Prochaska และ DiClemente (1983) เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยนักศึกษาอาจอยู่ในขั้นการเตรียมตัวหรือลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การให้แพทย์ตรวจเต้านมทุกปี ($\bar{X} = 1.51$) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ($\bar{X} = 1.74$) สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความตระหนักในความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าอุปสรรคสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงคือการขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้นักศึกษาจะมีความสนใจในการป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ยังขาดการปฏิบัติที่สม่ำเสมอในบางด้าน โดยเฉพาะการตรวจเต้านมโดยแพทย์และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่เสนอว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นประจำ รวมถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เพื่อยกระดับพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงพบว่าความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุดกับพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านม ($r = 0.257$, $p < .001$) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่เสนอว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Kalliguddi et al. (2019) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมด้วยตนเองการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.206$ และ 0.170 ตามลำดับ, $p < .001$) สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่เสนอว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.145$, $p < .01$ และ $r = 0.106$, $p < .05$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและอุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิง แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิงควรเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง รวมถึงการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับแนวคิดของ Champion และ Skinner (2008) ที่เสนอว่าการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพควรคำนึงถึงองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = 0.316$) ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อ



ด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\beta = 0.318$) สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.212$) และความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.175$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมการรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.132$) และการรับรู้ความรุนแรง ($\beta = 0.122$) มีอำนาจการทำนายน้อยที่สุด แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและมะเร็งเต้านม รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคตามแนวคิดของ Champion และ Skinner (2008) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1. สถาบันการศึกษาควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม โดยอาจจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้โอกาสนักศึกษาได้ฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุนี้ โดยใช้สื่อและช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับนักศึกษา เช่น สื่อสังคมออนไลน์หรือแอปพลิเคชันบนมือถือ
 - 1.3. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและลดการรับรู้อุปสรรค

โดยอาจจัดกิจกรรมรณรงค์หรือนิทรรศการให้ความรู้ในมหาวิทยาลัย

- 1.4. พัฒนาระบบการตรวจสุขภาพประจำปี ที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับนักศึกษาโดยเน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิง
 - 2.2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยนี้ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง
 - 2.3. ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มนักศึกษาในสถาบันการศึกษาอื่นๆ หรือในพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. (2566). สถิตินักศึกษา ปีการศึกษา 2566. สืบค้นจาก <https://reg.rru.ac.th/main/index.php>
- สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล. (2549). พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2564). ข้อมูลสถิติด้านสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2564. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.



- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Ismail, I. Z., Said, S. M., & Latiff, L. A. (2015). Barriers to breast self-examination practice among Malaysian female students: A cross-sectional study. *SpringerPlus*, 4, 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1491-8>
- American Cancer Society. (2019). *Breast cancer facts & figures 2019-2020*. [https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf](https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf)
- Austoker, J. (2003). Breast self-examination. *The British Medical Journal*, 326(7379), 1–2.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Bhoo-Pathy, N., Yip, C. H., Hartman, M., Uiterwaal, C. S., Devi, B. C., Peeters, P. H., ... & Verkooijen, H. M. (2013). Breast cancer research in Asia: Adopt or adapt Western knowledge? *European Journal of Cancer*, 49(3), 703–709.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65). Jossey-Bass.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Fidler, M. M., Gupta, S., Soerjomataram, I., Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., & Bray, F. (2017). Cancer incidence and mortality among young adults aged 20–39 years worldwide in 2012: A population-based study. *The Lancet Oncology*, 18(12), 1579–1589.
- Guilford, K., McKinley, E., & Turner, L. (2017). Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors of college women: Application of the health belief model. *American Journal of Health Education*, 48(4), 256–263.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences* (Vol. 663). Houghton Mifflin.
- Kalliguddi, S., Sharma, S., & Gore, C. A. (2019). Knowledge, attitude, and practice of breast self-examination among women in India: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(2), 568–572. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_30_19
- Krejcie, R. V. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*.
- Lin, N. U., Thomssen, C., Cardoso, F., Cameron, D., Cufer, T., Fallowfield, L., ... & ESO-MBC Task Force. (2013). International guidelines for management of metastatic breast cancer (MBC) from the European School of Oncology (ESO)–MBC Task Force: Surveillance, staging, and evaluation of patients with early-stage and metastatic breast cancer. *The Breast*, 22(3), 203–210.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity.
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 161–171.



- Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., ... & Self, S. G. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(19), 1445–1457.
- World Health Organization. (2021). Breast cancer. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Yilmaz, K., Altinkurt, Y., & Cokluk, O. (2011). Developing the instructional leadership capacity scale (ILCS): The study of validity and reliability. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 11(1), 239–253.



ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

Results of Using the Relax Touch Innovation to Distract Pain During the Active Phase of Labor in First-Time Births

Received: August 22, 2024

Revised: December 07, 2024

Accepts: December 12, 2024

พิชาภรณ์ จันทนกุล¹ (ค.ด.), สุกฤตา ตะการีย์² (พย.ม.),
Pichaporn Janthanakul (Ph.D), Sukrita Takaree (M.N.S.),
อรัญญา ธรรมโหร³ (นักศึกษาพยาบาลศาสตร์)
Aranya Thammahon (Nursing student)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax Touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ในผู้คลอดครั้งแรก อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ จำนวน 80 ราย มีกลุ่มควบคุม 40 ราย กลุ่มทดลอง 40 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามแนวคิดของทาโร่ ยามาเน่ ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก 5 ด้าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ CVI = 0.8 เครื่องมือในการทำวิจัย ได้แก่ นวัตกรรม Relax Touch ทดลองกับผู้คลอดครั้งแรกจำนวน 10 ราย พบว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 90 การวิเคราะห์ข้อมูลการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน โดยใช้สถิติไค สแควร์ (Chi square) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม Relax touch และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอิสระต่อกันโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax Touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มทดลอง มีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: นวัตกรรม Relax Touch การเบี่ยงเบนความเจ็บปวด ระยะ Active Phase

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

²อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Corresponding author: Sukritatakaree@gmail.com



Abstract

A quasi-experimental research study aimed to examine the outcomes of using the Relax Touch innovation to divert pain during the active phase of labor among first-time mothers aged 37–42 weeks of gestation. The study included 80 participants, divided into a control group of 40 participants and an experimental group of 40 participants. The sample was selected using random sampling based on the concept of Taro Yamane with a 95% confidence level and a margin of error of $\pm 5\%$. The research instrument was the *Relax Touch* innovation, while data collection tools included personal information forms and an observation form for pain-coping behaviors in five dimensions. The quality of the instrument was validated with a CVI score of 0.8. The *Relax Touch* innovation was tested on 10 first-time mothers, with 90% of them rating it as appropriate. Data analysis involved frequency distribution, percentages, mean, and standard deviation. The pain-coping behaviors of first-time mothers during the first stage of labor were observed in five dimensions. Statistical comparisons between the group using the *Relax Touch* innovation and the group receiving standard nursing care were conducted using Chi-square tests for behavioral observation and independent t-tests for independent group analysis.

The results showed that: The results of using the Relax Touch innovation for pain distraction during the active phase of labor showed that the experimental group of first-time mothers demonstrated significantly better pain-coping behaviors compared to the control group, with statistical significance at the 0.05 level.

KEYWORDS: Relax Touch Innovation, Pain Distraction, Active Phase

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดนั้นเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด และการคลอดเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงก่อให้เกิดความหวาดกลัวและความเครียดแก่ผู้คลอดเป็นอย่างมาก (รัศมี ศรีนนท์, วิมลมาส ตังบุญ และอมรรัตน์ สว่างเกตุ, 2565) ผู้คลอดครั้งแรกมีความกลัว และไม่มีประสบการณ์การเจ็บปวดขณะรอคลอดทำให้ผู้คลอดร้องขอกิจกรรมทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น (นราภรณ์ ฤทธิเรือง, พิริยา ศุภรศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2560) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น: แนวคิดและวิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยาได้กล่าวถึงความปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด เป็นความปวดที่จะทวีความรุนแรงตามความก้าวหน้าของการคลอด หญิงตั้งครรภ์

แต่ละรายจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามระยะของการคลอด (มลวิทย์ รัตยา และอรรณ ฤทธิมนตรี, 2562) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เล็งเห็นความสำคัญเรื่องของการคลอดบุตรที่ปลอดภัย (safe maternal and newborn care) ซึ่งระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labor) ในระยะเร่ง (Active Phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4-7 เซนติเมตร เวลาในการคลอดประมาณ 3 ชั่วโมงในครั้งแรก การหดตัวของมดลูกจะมีความถี่อยู่ระหว่าง 2-5 นาที และนานประมาณ 40-60 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวอยู่ในระดับ +2 ถึง +3 ในครั้งแรกปากมดลูกจะเปิดเร็วประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง (Novak & Broom, 2000) ซึ่งระยะ Active Phase มีการหดตัวที่ถี่มากขึ้น ความ

รุนแรงของการหดตัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มารดามีความเจ็บครรภ์ และมีความกลัว

ผู้วิจัยศึกษาหาข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมของรศมี ศรีนนท์, วิมลมาส ตังบุญ และอมรรัตน์ สว่างเกตุ (2565) เรื่องการใช้อุปกรณ์นวตต่อระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และกรอบแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตูลักษณะความเจ็บปวด (Melzack & Wall, 1996) โดยใช้อุปกรณ์นวตบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอດกับผู้คลอดกลุ่มตัวอย่างคือผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าระดับความเจ็บปวดจากการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวตด้วยอุปกรณ์การนวต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (0.052) นอกจากนั้นยังพบว่าความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์นวตบรรเทาอาการเจ็บปวดครรภ์อยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยทำการสำรวจขณะขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ 1 พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่มาโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม ซึ่งไม่เข้าใจในกระบวนการคลอด เมื่อเกิดความเจ็บปวดจากการรอกคลอด ทำให้มีปัญหาการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ไม่ดี มีพฤติกรรมร้องเอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ทำร้ายตนเอง ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้คลอด และด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่ภาคปฏิบัติมีไม่เพียงพอในการให้การบริบาลดูแลผู้คลอดอย่างครอบคลุม กล่าวคือจำนวนผู้มารอคคลอดประมาณ 100-120 คนต่อเดือน (ห้องคลอดโรงพยาบาลสามพราน, 2566) ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยนวัตกรรมนุ่นนิ่มอโรมาพัฒนาต่อยอดปรับเปลี่ยนเป็นรูปร่างมือเป็นการทดแทนการจับมือสามีหรือคนใกล้ชิดของผู้คลอด ซึ่งจะมีกลิ่นลาเวนเดอร์ไว้ที่ตัวนวัตกรรม เป็นการต่อยอดจากงานวิจัยผลการใช้นวัตกรรมนุ่นนิ่มอโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม (สุกฤตา ตะการีย์, พิชามรณ์ จันทนกุล, อรทิพา ส่องศิริ, ธัญลักษณ์วี ก้อนทองถม และธัญญลักษณ์ ดีชาติธนากุล, 2566) ผลวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง

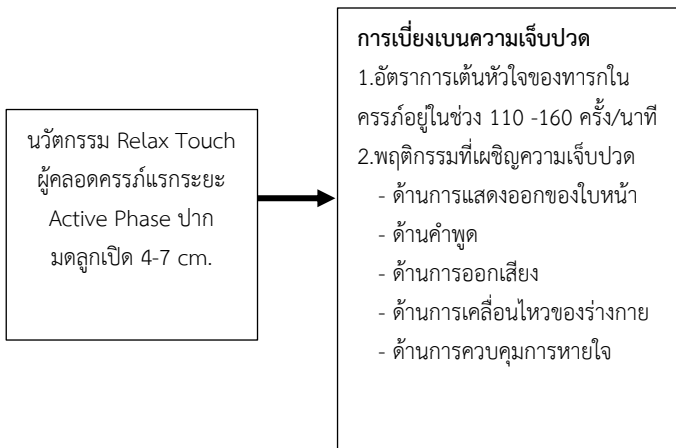
มีระดับความเครียดลดลงมากกว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และเราากลลดาเรืองไกร (2560) ได้กล่าวว่าสึขมพูเป็นสืโชนเย้นทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ทำให้อารมณืที่สัสนกระวนกระวายนั้นนัองสงบ เยือกเย้นลงได้ ซึ่งนวัตกรรม Relax Touch เป็นรูปลักษณะคล้ายนิ้วมือใช้ผ้าสึขมพูเนื้อผ้ากำมะหยี ลื่นนุ่มนั่ม น้าสัผัส และมียางพาราเป็นส่วนประกอบด้านในให้สัผัสความยัดยุ่นกลับทรงเดิมซึ่งสามารถดืงดูดหรือเบัองเบนความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 จากขณะมืออาการเจ็บปวดที่มดลูกหดรัตัว โดยมาเพ่งจุดสนใจที่นวัตกรรม Relax Touch ได้ แสงอุษณัษ์ นวมะรัตน์ (2561) กล่าวว่าความรู้สึขยามสัผัสสัสิ่งทีนุ่มนั่ม เรียบลัื่น มีผลให้จัิตใจรู้สึกลอดถั้ยและผ่อนคลาย เมื่อบัีบจะเกดความยัดยุ่นกลับทรงเดิม ส่วนกลัิ่นลาเวนเดอร์ในตัวของนวัตกรรมนั้น ธัษฐญา อัมรินทร์ และสุทธัธ อัมรินทร์ (2564) ได้กล่าวว่ากลัิ่นหอมของน้ามันระเหยส่งผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์สามารถเปลัี่ยนแปลงการรับรู้ความเจ็บปวด น้ามันหอมระเหยจะกระตุ้นให้มดลูกหดรัตัว ลดความเจ็บปวด บรรเทาความตัองตัวของกลัิ่นเนื้อ ลดความกลัว และความวิตกกังวล สอดคลั้องกับสุภาพรณทัพย์สัจจะธรรม และไกรสร อัมมวรรณ (2559) กล่าวว่าน้ามันหอมระเหยกลัิ่นลาเวนเดอร์มืคุณสมบัติช่วยให้อ่อนคลาย และมีความเหมาะสมในจัิตการกับความเจ็บปวด ซึ่งนวัตกรรม Relax touch แตกต่างจากการให้การพยาบาลแบบเดิมทีเป็นแค่การให้ค้าแนะนำ หรืออาจจะบรรเทาปวดด้วยตนเอง เช่น ลูบหน้าท้อง การหายใจแบบลั้างปอด เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax touch ในการเบัองเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1



กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรม Relax Touch ซึ่งได้ทดลองกับผู้ทดลองครั้งแรกจำนวน 10 ราย พบว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 90 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด แบ่งการสังเกตพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน เป็นการพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด (Hodnett, 1996) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องคลอด พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุม มีการตรวจสอบแก้ไขภาษาที่ใช้ และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวด จำนวน 5 ข้อ ค่า CVI = 0.8

แบบสอบถามส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย อายุ อายุครรภ์ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) การศึกษา อาชีพ สัญชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สัญชาติ ศาสนา

แบบสอบถามส่วนที่ 2 คือ แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยแบบประเมินแบ่งการสังเกตพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน ตามแนวคิด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด (Hodnett, 1996) โดยแบบประเมินแบ่งการสังเกตพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน มีดังนี้

1. การแสดงออกทางสีหน้า (Facial Expressions) หมายถึง รูปแบบการแสดงสีหน้าที่บ่งบอกให้ทราบถึงอารมณ์ขณะนั้น ซึ่งเป็นลักษณะกายภาพขององค์ประกอบใบหน้า ได้แก่ คิ้ว ดวงตา จมูก ปาก ริ้วรอย สิว และลิ้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เพื่อสื่อสารสะท้อนความรู้สึกหรืออารมณ์ต่างๆ โดยไม่ต้องส่งเสียงหรือพูดออกมา ลักษณะการแสดงออกบนใบหน้าช่วยบอกอารมณ์ต่าง ๆ โดยที่คนหนึ่งคนสามารถถ่ายทอดความรู้สึกบนใบหน้าได้อย่างหลากหลายมาก เช่น รอยยิ้ม บ่งบอกถึงความสุขที่ได้รับการยอมรับ การขมวดคิ้วอาจบ่งบอกถึงความไม่พอใจ หรือไม่ยอมรับ เป็นต้น

2. ด้านคำพูด (Verbalization) หมายถึง การพูดถึงความไม่สบาย ตำแหน่งที่เจ็บปวดหรือขอความช่วยเหลือ คำพูดมีลักษณะของความก้าวร้าว จะแสดงให้เห็นถึงการเผชิญความเจ็บปวดขณะระลอกคลอด เมื่อมดลูกมีการหดตัว

3. ด้านการออกเสียง (Tone of Voice) การแสดงออกด้านออกเสียง เมื่อผู้คลอดมีการแสดงถึงความเจ็บปวดจะมีลักษณะการแสดงออกด้านการออกเสียง ผู้คลอดจะส่งเสียงดังตะโกน เอะอะโวยวาย กรีดร้อง ร้องครวญคราง ร้องไห้ หีดร้อง และถ้าผู้คลอดไม่มีอาการเจ็บปวดจะไม่ส่งเสียง

4. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Body Movement) การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อผู้คลอดครั้งแรกมีการแสดงถึงความเจ็บปวดจะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีการบิดตัวไปมา กระสับกระส่ายมากหรือ ผุดลุกผุดนั่ง

5. ด้านควบคุมการหายใจ (Control Breathing) หมายถึง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดความต้องการออกซิเจนของผู้คลอดจะเพิ่มขึ้นเพราะมดลูกมีการหดตัว และในขณะเดียวกันความวิตกกังวลและความเจ็บปวดจากมดลูกหดตัวจะเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในการตอบสนองต่อการ

ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหายใจเร็วขึ้น อาจเกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ทำให้เกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) และมีผลต่อผู้คลอด ระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ โวยวาย ร้องเสียงดัง ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

1 คะแนน หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตัวเองได้ปานกลาง มีร้องเสียงเบา ๆ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้บ้าง

2 คะแนน หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตัวเองดี สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้สูตรคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ตามแนวคิดของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) (Yamane, 1973 อ้างถึงใน ภัทรานิษฐ์ เหมะทอง และคณะ, 2560) แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการใช้นวัตกรรม Relax Touch เมื่อปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ที่เกิดความถี่การหดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 2-5 นาที และหดตัวนานประมาณ 40-60 นาที ความรุนแรงของการหดตัวอยู่ในระดับ +2 ถึง +3 ปากมดลูกจะเปิดเร็วประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ในครรภ์หลัง (Novak & Broom, 2000) ซึ่งเป็นกระบวนการธรรมชาติทางสรีระของร่างกายในการให้กำเนิดทารกที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูกเพื่อผลักดันให้ทารกคลอดออกมา ทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับความปวดอย่างรุนแรงที่สุดครั้งหนึ่งในชีวิต (Cunningham, F.G.,

et al, 2005) จากนั้นจึงเริ่มทดลองใช้นวัตกรรม Relax Touch โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตนเองเมื่อเริ่มมีอาการท้องแข็งที่เกิดความถี่การหดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 2-5 นาที และหดตัวนานประมาณ 40-60 นาที ความรุนแรงของการหดตัวอยู่ในระดับ +2 ถึง +3 ให้นำนวัตกรรม Relax Touch ปีบมือข้างที่ถนัด

- เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีอาการท้องแข็งให้นำนวัตกรรม Relax Touch มาสูดดมนาน 2 - 3 นาที

- ใช้นวัตกรรม Relax Touch เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง

- ใช้นวัตกรรม Relax Touch ประเมินความก้าวหน้าของการเปิดของปากมดลูกของผู้ร่วคลอด แล้วพบว่าปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ของผู้ร่วคลอดทุก 15 นาที โดยอัตราการเต้นของหัวใจทารกที่อยู่ในครรภ์อยู่ในช่วง 110 - 160 ครั้ง/นาที ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน คือ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านคำพูด ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และด้านการควบคุมการหายใจ ขณะการใช้นวัตกรรม Relax Touch

3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม โดย

3.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์

3.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลตามปกติโดยมีเครื่อง Monitor EFM (Electro Fetal Monitoring) ติดที่หน้าท้องเพื่อติดตามอาการ ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ ในช่วงระยะเวลาที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ระหว่างร่วคลอด เนื่องจากเป็นภาวะอันตรายอาจจะส่งผลถึงทารกในครรภ์ได้หากเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ผิดปกติ และเมื่อเกิดอาการมีความถี่การหดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 2-5 นาที และหดตัวนานประมาณ



40-60 นาที ความรุนแรงของการหดตัวอยู่ในระดับ +2 ถึง +3 โดยให้ผู้คลอดปฏิบัติ ดังนี้ ลูบหน้าท้อง หายใจล่างปอด และผู้วิจัยสังเกต ติดตามอาการผู้รอลคลอดอย่างต่อเนื่อง

3.3 บันทึกข้อมูลในแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ของผู้รอลคลอดทุก 15 นาที โดยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในช่วง 110-160 ครั้ง/นาที ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน คือ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านคำพูด ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และด้านการควบคุมการหายใจ ขณะได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้คลอดที่มาโรงพยาบาลสามพราน จำนวน 100 คน/เดือน (สถิติห้องคลอดโรงพยาบาลสามพราน, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้คลอดครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 80 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้คลอดครรภ์แรก อายุ 18-34 ปี, 2. ผู้คลอดรอลคลอดระยะที่ 1 ในระยะ Active Phase ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร, 3. อายุครรภ์ 3.1) อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์, 3.2) อายุครรภ์ 39-40 สัปดาห์, 3.3) อายุครรภ์ 41-42 สัปดาห์, 4. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) อยู่ในช่วง 18-23 kg/m² แสดงถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ, 5. สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน เป็นต้น, 6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการทดลอง (Exclusive criteria)

1. ไม่ใช่ผู้คลอดครรภ์แรก, 2. ไม่ใช่ผู้คลอดรอลคลอดระยะที่ 1 ในระยะ Active Phase ปากมดลูกเปิด

4-7 เซนติเมตร, 3. อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์, 4. ดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 18 kg/m² หรือมากกว่า 23 kg/m², 5. สุขภาพร่างกายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง, 6. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการขึ้นที่ทีมผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เลขหนังสืออนุมัติที่ SN-IRB 2566/001.21/08/66 เมื่อได้รับการอนุญาตทางทีมผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลทั่วไปแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน โดยใช้สถิติไค สแควร์ (Chi square)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t - test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนการใช้นวัตกรรม Relax Touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ทั้งหมด 80 คน พบว่าส่วนใหญ่ผู้คลอดมีอายุ 21-25 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 กลุ่มทดลองผู้คลอดมีอายุ 21-25 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 กลุ่มควบคุมผู้คลอดมีอายุ 21-25 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 อายุครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้คลอดมีอายุครรภ์ 39-40 wks. จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 56.30

กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.00 กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์ 39-40 wks. จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 **ดัชนีมวลกาย** พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18-23 kg/m² จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 กลุ่มทดลอง มีดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18-23 kg/m² จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18-23 kg/m² จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 **ระดับการศึกษา** พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 43.80 กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 **การประกอบอาชีพ** พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 **สัญชาติ** พบว่าส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองที่มีสัญชาติไทย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 กลุ่มควบคุมที่มีสัญชาติไทยจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 **ศาสนา** พบว่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 96.30 กลุ่มทดลองที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50

และกลุ่มควบคุมที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน ประกอบด้วย อายุผู้คลอด, อายุครรภ์, ดัชนีมวลกาย, การศึกษา, การประกอบอาชีพ, สัญชาติ และศาสนา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านการศึกษาของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับด้านการออกเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับด้านการแสดงออกทางใบหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการแสดงออกทางด้านใบหน้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านการออกเสียงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านคำพูดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านการควบคุมการหายใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน (n = 80)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าสถิติ	พฤติกรรมการเผชิญความปวดการแสดงออก 5 ด้าน									
		ด้านการแสดงออกทางใบหน้า		ด้านคำพูด		ด้านการออกเสียง		ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย		ด้านการควบคุมการหายใจ	
		ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
อายุ	Chi square	0.506	0.610	0.254	0.749	0.549	0.462	0.203	0.887	0.201	0.206
อายุครรภ์	Chi square	0.316	0.758	0.057	0.792	0.194	0.276	0.470	0.593	0.397	0.209
BMI	Chi square	0.819	0.361	0.729	0.751	0.622	0.263	0.165	0.872	0.491	0.736
การศึกษา	Chi square	0.742	0.838	0.750	0.172	0.020*	0.187	0.175	0.613	0.622	0.518
อาชีพ	Chi square	0.571	0.032*	0.316	0.601	0.190	0.155	0.643	0.297	0.779	0.077
สัญชาติ	Chi square	0.484	0.206	0.747	0.714	0.356	0.097	0.499	0.456	0.538	0.845
ศาสนา	Chi square	0.191	0.186	0.533	0.276	0.239	0.351	0.384	0.496	0.585	0.602

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 80)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	t	Sig.
1. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า (facial expressions)				
กลุ่มทดลอง	1.63	.490	-13.220	.000 *
กลุ่มควบคุม	.25	.439		
2. ด้านคำพูด (verbalization)				
กลุ่มทดลอง	1.73	.452	-10.977	.000 *
กลุ่มควบคุม	.55	.504		
3. ด้านการออกเสียง (tone of voice)				
กลุ่มทดลอง	1.58	.501	-10.273	.000 *
กลุ่มควบคุม	.43	.501		
4. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement)				
กลุ่มทดลอง	1.58	.501	-10.543	.000 *
กลุ่มควบคุม	.40	.496		
5. ด้านการควบคุมการหายใจ (control breathing)				
กลุ่มทดลอง	1.78	.423	-14.431	.000 *
กลุ่มควบคุม	.33	.474		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม Relax Touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดในระยะ Active Phase ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ 1. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า (Facial Expressions) เมื่อใช้นวัตกรรม Relax Touch 2. ด้านคำพูด (Verbalization) 3. ด้านการออกเสียง (Tone of Voice) 4. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Body Movement) 5. ด้านการควบคุมการหายใจ (Control Breathing) ซึ่งการแสดงออกทางใบหน้าเมื่อผู้คลอดครั้งแรก จะมีการแสดงถึงความเจ็บปวด โดยมีการเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า ซึ่งตามแนวคิดของ Hodnett (1996) ได้กล่าวไว้ว่าการแสดงออกทางด้านใบหน้า ได้แก่ การหลับตาแน่น การเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า แสดงอาการหน้าอ้น คิ้วขมวด กัดฟัน เข้มปากเป็นอาการแสดงซึ่งบอกได้ถึงระยะการหดตัวของมดลูกและความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ ด้านคำพูดที่มีการร้องขอความช่วยเหลือบ่อย

ขึ้นกว่าเดิม คำพูดที่บอกถึงความกลัว ความไม่สุขสบาย คำพูดที่แสดงความโกรธ ก้าวร้าว ไม่พอใจ พุดหยาบคาย ซึมเศร้า ไม่พูดหรือตอบคำถามใด ๆ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้านการออกเสียงผู้คลอดจะอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา ได้แก่ อาการเอะอะ โวยวายมาก กรีดร้อง การร้องครวญคราง การร้องไห้ ร้องตะโกน รวมถึงด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจะมีอาการเกร็งมือและเท้าหรือมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วตัว หรือกำขบเคี้ยวแน่น ไม่เปลี่ยนท่าและทรมานทรมาย ในระยะเบ่งคลอด พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายแสดงพฤติกรรมการกลั้นหายใจ ขณะมดลูกหดตัว ซึ่งตามแนวคิดของ Hodnett (1996) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้คลอดจะมีอาการหายใจหอบ จมูกบาน หายใจเร็ว กว่าปกติ หายใจไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชูช่วย (2558) ที่กล่าวถึงผลของโปรแกรมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับพฤติกรรม

การเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$ และเยวาร์ตัน ดุสิตกุล (2565) ได้กล่าวถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก ผลวิจัยพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$

ประโยชน์และการประยุกต์ใช้

การใช้ Relax Touch ผู้คลอดครั้งแรกมีประสบการณ์ที่ดีในการรอกคลอด และสามารถเบี่ยงเบนความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดีในขณะที่รอกคลอดในห้องคลอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สามารถนำนวัตกรรม Relax Touch ในการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดไปใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความเจ็บปวดได้ดี

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐญา อัมรินทร์ และ สุทธิ อัมรินทร์. (2564). ผลลัพธ์น้ำมันหอมระเหยจากเปลือกส้ม. *วารสารการอาชีวศึกษาภาคกลาง*, 5(1), 17-24.
- นราภรณ์ ฤทธิเรือง, พิริยา ศุภศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 48-56.
- เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร, และสุพรรณิ อึ้งปัญญสังข์. (2560). *การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Determining the sample size by the Yamane's formula)*. [http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane .pdf](http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf)
- มลิวลย์ รัตยา และอรรณ ฤทธิมนต์. (2562). พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น: แนวคิดและวิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*, 34(1), 113-126.
- เยวาร์ตัน ดุสิตกุล. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารการพยาบาล*, 1(3), 31-38
- เรขา กลดตาเรืองไกร. (2560). *Color Therapy ศาสตร์แห่งสีเพื่อการบำบัดโรค*. <https://goodlifeupdate.com>
- รัศมี ศรีนันท, วิมลมาส ดิงบุญ และอมรรัตน์ สว่างเกต. (2565). ผลของการใช้อุปกรณ์วัดระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว. *วารสารสิทธิประโยชน์*, 23(1), 376-386.
- สุกฤตา ตะการีย์, พิชารณ จันทนกุล, อรทิพา ส่องศิริ, ธัญลักษณ์วดี ก้อนทอง และธัญญลักษณ์ ดีชาติธนากุล. (2566). ผลการใช้นวัตกรรมนูนนิ่มโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม. *วารสารพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยสยาม*, 24(46), 69-82.
- สุภาพรณ ทิพย์สัจจะธรรม และไกรสร อัมมวรรณ. (2559). *ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอด*. <https://grad.dpu.ac.th>
- แสงอุษณีย์ นวมะรัตน์. (2561). *หลักจิตวิทยาและทัศนธาตุทางศิลปะในการผ่อนคลายความเครียด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Cumningham, FG.et al (2005). *williams obstetrie*. (22 th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hodnett, E.D. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of obsteric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 257-264.
- Novak, J.C., & Broom, B. L. (2000). *Ingalls & Salerno's maternal and child health nursing (9th ed.)*. St. Louis: W.B. Saunders.
- Melzack, R., Wall, (P.D.). (1996). *Pain mechanisnas. a new theory*. *Pain Forum*, 5: 3-11.



การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน
สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
Development of Health Literacy Program in Promoting the Use of Blue Book
Application Among the Elderly in Thung Hua Subdistrict, Wang Nuea District,
Lampang Province

Received: July 27, 2024

Revised: December 3, 2024

Accepts: December 20, 2024

ณัฐพงศ์ ต๊ะจันทร์ (พยบ.)¹, รพีพร เทียมจันทร์ (วท.ด.)^{2*}

Nattapong Tachan (B.N.S), Rapeeporn Tiamjan (Ph.D.)

อ้อมหทัย ดีแท้ (วท.ด.)²

Aomhatai Deethae (Ph.D.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และสถานการณ์การใช้แอปพลิเคชัน ฯ ของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการใช้แอปพลิเคชัน ฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 332 คน ส่วนใหญ่ไม่รู้จักแอปพลิเคชัน ฯ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องแอปพลิเคชัน ฯ จากบุคลากรสาธารณสุข และความรู้ด้านสุขภาพในการใช้แอปพลิเคชัน ฯ โดยภาพรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{X}$ = 54.67, SD=8.11) โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย ด้านที่ 1 ความคิดความจำ (Mini – cog) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed Up and Go test : TUGT) ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร ด้านที่ 4 การมองเห็น ด้านที่ 5 การได้ยิน ด้านที่ 6 การซึมเศร้า ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน ฯ ของผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 97.47, S.D. = 3.60) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($\bar{X}$ = 49.09, S.D. = 7.06) และแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -47.294, p < 0.001$)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, Thailand

^{2*}คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

*Corresponding authorl: rapeeporn_tia@cmru.ac.th

Abstract

This research is a study and development The objectives were 1) to study the situation and health literacy on blue book application using among the elderly 2) to develop a health literacy program in promoting the use of blue book application, and 3) to evaluate the effectiveness of the program. The sample group in this study was the elderly who live in Thung Hua Subdistrict, Wang Nuea District, Lampang Province, and simple random sampling was used. The research tools consisted of general information questionnaires and health literacy questionnaires on the use of blue book application. Data was analyzed by using descriptive statistics and compared the mean values with Paired Sample t-test.

The results of the study found that most of the 332 elderly people did not know about the blue book application and accessed information about the application from public health personnel. The overall health literacy in using the application of the elderly people was insufficient ($\bar{x} = 54.67$, $SD = 8.11$). The developed program consisted of: Section 1: Memory (Mini-cog), Section 2: Physical Movement (Timed Up and Go test: TUGT), Section 3: Malnutrition, Section 4: Vision, Section 5: Hearing, Section 6: Depression, Section 7: Urinary retention, Section 8: Daily routines, and Section 9: Oral health. The evaluation of the effectiveness of the health literacy program in promoting the use of the of blue book application among 44 elderly people found that after participating in the program, The elderly had higher health literacy scores ($\bar{x} = 97.47$, $SD = 3.60$) than before joining the program ($\bar{x} = 49.09$, $SD = 7.06$) and the difference was statistically significant ($t = -47.294$, $p < 0.001$).

Keywords: Health Literacy, Elderly, Blue Book Application

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลสุขภาพต่าง ๆ (สุรศักดิ์ มูลศรีสุขและพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, 2565) ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อนประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จังหวัดลำปางมีประชากรทั้งหมด 728,964, 724,678, 718,790 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 179,014, 182,858, 189,955 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55, 25.23, 26.42 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางมีประชากรทั้งหมด 43,600, 43,346, 42,982 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 9,154, 9,414, 9,753 คน คิดเป็นร้อยละ 21, 21.71, 22.70 ตามลำดับ สำหรับตำบลทุ่งฮั่ว มีประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 5,704, 5,749 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,395, 1,450 คน คิดเป็นร้อยละ 24.46, 25.22 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุตำบลทุ่งฮั่วนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2565)



ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง สมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีตลอดชีวิต (Nutbeam, 2008) แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกได้มีส่วนสำคัญในการขยายแนวคิดและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคล อันจะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาพะไว้ได้อย่างต่อเนื่องไม่แพ้กุ่มวัยอื่น และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้นหากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็จะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองและพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง (จิรนนท์ แก้วมา, 2559)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นไม่ครอบคลุม นอกจากนี้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับรูปเล่ม (Bluebook) ที่เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการประเมินคัดกรอง บันทึกสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการจัดพิมพ์ให้กับผู้สูงอายุทุกคน กรมอนามัยจึงได้ดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชัน “สมุดบันทึกสุขภาพ” ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยรวมถึงผู้สูงอายุสามารถใช้งานรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ

ทุกคนได้เข้าถึงการคัดกรองสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วย 1. ด้านความคิด ความจำ 2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 3. ด้านการขาดสารอาหาร 4. ด้านการมองเห็น 5. ด้านการได้ยิน 6. ด้านการซึมเศร้า 7. ด้านการกลืนปัสสาวะ 8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9. ด้านสุขภาพช่องปาก และสามารถติดตามผลการคัดกรองสุขภาพของตนเอง โดยเริ่มจากการคัดกรองพื้นฐานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและเน้นสู่การประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายुरายบุคคลตามประเด็นปัญหาสุขภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่มีเครื่องมือ/แบบคัดกรองมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อความสะดวกต่อการใช้งาน และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งฮั่ว ตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิและได้ดำเนินงานตามนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้เริ่มประชาสัมพันธ์การใช้งานแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา โดยแนวทางปฏิบัติเดิมได้ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลงในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุฉบับรูปเล่ม ทำให้การคัดกรองไม่ครอบคลุมและขาดเครื่องมือที่นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในพื้นที่ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่กรมอนามัยได้พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพรวมทั้งทราบถึงความเสี่ยง สามารถเฝ้าระวังและส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินคัดกรองสุขภาพด้วยตนเองสามารถทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงหรือผิดปกติของร่างกายได้ อย่างไรก็ตามจากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและ

อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ แต่ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุและไม่สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันเพื่อประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น ซึ่งจะทำให้การใช้แอปพลิเคชันนี้ไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังความผิดปกติต่าง ๆ อย่างเหมาะสมต่อไป

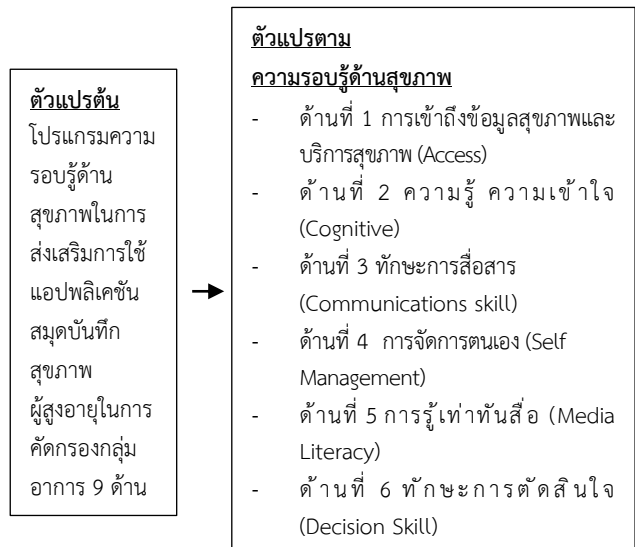
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดลำปาง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision

skill) นำมาเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว และสถานการณ์ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 36 ข้อ มีเนื้อหา 6 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) (ตอบถูก ให้คะแนน 1 ตอบผิด ให้คะแนน 0) จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง (Self-Management) จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) จำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 6 ทักษะการ



ตัดสินใจ (Decision Skill) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ การแปลผลคะแนน โดยเกณฑ์การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน จาก “รายงานการพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.” (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557) เกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 15 ปีขึ้นไปของแต่ละองค์ประกอบในการวัด ทั้ง 6 ด้าน 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 0 - 9.99 คะแนน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ 10.00 - 15.99 คะแนน ในระดับเพียงพอ 16.00 - 20.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก 2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 0 - 4.99 คะแนน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ 5.00 - 7.99 คะแนน ในระดับเพียงพอ 8.00 - 10.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก 3. การสื่อสาร เพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 0 - 11.99 คะแนน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ 12.00 - 19.19 คะแนน ในระดับเพียงพอ 19.20 - 24.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก 4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง 5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ระดับเกณฑ์การประเมินด้านที่ 4 - 6 มีดังนี้ 0 - 9.99 คะแนน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ 10.00 - 15.99 คะแนน ในระดับเพียงพอ 16.00 - 20.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก และเกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ถ้าได้ 5 - 56.99 คะแนน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ถ้าได้ 57.00 - 91.19 คะแนน อยู่ในระดับเพียงพอ ถ้าได้ 91.20 - 114 คะแนน อยู่ในระดับมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One

Group Pre-test Post-test Design) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,395 คน ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Daniel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 30 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 332 คน และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก (Lottery) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ การศึกษาระยะนี้ผู้สูงอายุเข้าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจะมีการทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่าอำนาจการ

ทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 80 % กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 กำหนดการขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของประชากรที่ระดับกลาง (Medium Effect Size) คือระดับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 30 คิดเป็น 10 คน จึงได้ทั้งหมดเป็น 44 คน และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก (Lottery) เกณฑ์การคัดเข้าคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุได้ และมีความสมัครใจที่จะทดลองใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2566 รหัสโครงการ (Project Code): IRBCMRU 2023/325.02.10 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้ ทำหนังสือจากคณะบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ทำบันทึกขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งฮั่ว เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการถอนตัวไม่ส่งผลกระทบต่อด้านใด ๆ ให้อิสระและเวลาแก่กลุ่มตัวอย่างเต็มที่ในการทำความเข้าใจหรือปรึกษาคนใกล้ชิด ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการ

วิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) และค่าที (Paired Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 332 คน เป็นเพศชาย จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 50.60 และเพศหญิง จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 49.40 สถานภาพสมรส จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาเป็นหม้าย จำนวน 55 คนคิดเป็นร้อยละ 16.60 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าจบการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 81.30 โดยมีอาชีพหลักคือเกษตรกรจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ในส่วนภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 47.89 และโรคเบาหวาน จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 23.49 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยรู้จักแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อน จำนวน 317 คนคิดเป็นร้อยละ 95.50 และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผ่านบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 329 คน คิดเป็นร้อยละ 99.10 รองลงมาได้แก่



สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟซบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูบ) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20 เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 และเว็บไซต์ของ กรมอนามัย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

ความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพใน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านที่ 3

การสื่อสารสุขภาพ ด้านที่ 4 การจัดการตนเองผ่าน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชัน สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านที่ 6 การตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึก สุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ส่วนด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ แอปพลิเคชันสมุดบันทึก สุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับเพียงพอดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางสรุประดับความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งฮั่ว ในแต่ละด้าน (n = 332)

ความรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับความรู้ ด้านสุขภาพ
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพใน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ	8.82	2.39	ไม่เพียงพอ
ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	6.92	1.43	เพียงพอ
ด้านที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ	10.83	2.51	ไม่เพียงพอ
ด้านที่ 4 การจัดการตนเองผ่าน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	9.56	2.30	ไม่เพียงพอ
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ	9.23	2.40	ไม่เพียงพอ
ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อใช้ แอปพลิเคชันสมุดบันทึก สุขภาพผู้สูงอายุ	9.28	2.37	ไม่เพียงพอ
เฉลี่ยรวมทั้ง 6 ด้าน	54.67	8.11	ไม่เพียงพอ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้าน สุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุด บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจใน ระยะที่ 1 ได้นำมาพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้าน สุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุด บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและใช้แอปพลิเคชันอย่างมี วิจารณญาณ ดังตารางที่ 2

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุใน

6 องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการ ส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีความรู้ด้าน สุขภาพในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ยกเว้น ด้านที่ 2 อยู่ในระดับเพียงพอ

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริม

การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
ในแต่ละด้านภายในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน

ตารางที่ 2 โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

สัปดาห์	กิจกรรม	หมายเหตุ
1	1. Pre - Test ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 2. แนะนำแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ปัญหาและความเป็นมาของแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 4. องค์ประกอบ ประโยชน์ของแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	
ความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มอาการ 9 ด้าน		
2	ด้านที่ 1 ความคิดความจำ (Mini - cog) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed Up and Go test : TUGT)	
3	ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร (Malnutrition) ด้านที่ 4 การมองเห็น (Vision)	
4	ด้านที่ 5 การได้ยิน (Hearing) ด้านที่ 6 การซึมเศร้า (Depression)	
5	ด้านที่ 7 การกลั้นปัสสาวะ (Urinary retention) ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Daily routines)	
6	ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก (Oral health)	
7	Post - test หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ	
8	1. ทบทวน สรุปกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มอาการ 9 ด้าน 2. ประเมินผลกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มอาการ 9 ด้าน	

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 7.72$, S.D. = 2.77) ด้านที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 9.65$, S.D. = 2.51) ด้านที่ 4 การจัดการตนเองผ่าน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 8.40$, S.D. = 2.19) ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันสมุด

บันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 8.36$, S.D. = 2.05) ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 8.47$, S.D. = 1.95) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้านนั้นมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ยกเว้นด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 6.45$, S.D. = 1.45) ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ



และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 16.7$, S.D. = 1.85) ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 9.40$, S.D. = 0.81) ด้านที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 20.20$, S.D. = 1.32) ด้านที่ 4 การจัดการตนเองผ่าน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 16.81$, S.D. = 0.97) ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 17.13$, S.D. = 1.17) ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 17.1$, S.D. = 0.92) ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก และพบว่าในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 49.09$, S.D. = 7.06) ซึ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($\bar{X} = 97.47$, S.D. = 3.60) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากซึ่งพบวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -47.294$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละด้าน 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($n = 44$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ละด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P value
	$\bar{X}$	SD	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพใน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	7.72	2.77	ไม่เพียงพอ	16.77	1.85	มาก	-17.222	<0.001
ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	6.45	1.45	เพียงพอ	9.40	0.81	มาก	-11.736	<0.001
ด้านที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ	9.65	2.51	ไม่เพียงพอ	20.20	1.32	มาก	-23.753	<0.001
ด้านที่ 4 การจัดการตนเองผ่าน แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	8.40	2.19	ไม่เพียงพอ	16.81	0.97	มาก	-23.386	<0.001
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ	8.36	2.05	ไม่เพียงพอ	17.13	1.17	มาก	-26.349	<0.001

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P value
	แต่ละด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	
ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ		8.47	1.95	ไม่เพียงพอ	17.13	0.92	มาก	<0.001
รวมทั้ง 6 ด้าน		49.09	7.06	ไม่เพียงพอ	97.47	3.60	มาก	<0.001

อภิปรายผล

การศึกษาศาสนาการณและความรอบรู้ในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งฮั่ว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดลำปาง จำนวน 332 คน ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นไม่ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยรู้จักแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อน จำนวน 317 คนคิดเป็นร้อยละ 95.50 ของผู้สูงอายุ เนื่องจากสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุฉบับรูปแบบ ก่อนหน้านี้ที่เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการประเมินคัดกรอง บันทึกสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการจัดพิมพ์ให้กับผู้สูงอายุทุกคน ในปี พ.ศ. 2565 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) ที่สามารถใช้งานในรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมทั้งทราบถึงความเสี่ยง สามารถเฝ้าระวัง และส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการส่งเสริม

การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลัญญา พิมพ์นัยชัยบุญลย์ และรัชพร ศรีเดช (2564) ที่ระบุแนวทางการเสริมสร้างทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับตนเองเช่น Social Media ต่าง ๆ และสื่ออื่น เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

จากข้อมูลสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ จึงมีการพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับ ไม่เพียงพอ ($\bar{X} = 49.09$, S.D. = 7.06) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 97.47$, S.D. = 3.60) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -47.294$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพรพรรณ ชัยมงคล (2566) ที่ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง



แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับชลิต สุกิจรัตนภรณ์ และศิริพร พูลสุวรรณ (2562) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนา แอปพลิเคชันเตือนการดื่มน้ำสำหรับผู้สูงอายุเพื่อ เปรียบเทียบความรู้ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้ แอปพลิเคชันเตือนการดื่มน้ำสำหรับผู้สูงอายุพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเรียน เท่ากับ 5.31 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียน เท่ากับ 8.34 คะแนน ซึ่ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ความรู้ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน เตือนการดื่มน้ำสำหรับผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถประเมินภาวะ สุขภาพด้วยตนเองและเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างดี ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและขยาย ผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่น ต่อไป เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักบริบาลท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) รวมถึง ญาติผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้เข้าถึงความรอบรู้ ด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษา ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (Quasi - experimental research: Two Group Pretest- Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรม การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ ทราบว่าผู้สูงอายุสามารถใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึก สุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- จิรนนท์ แก้วมา. (2559). *การพัฒนาแบบวัดความฉลาดทาง สุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา*. (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสุ ศึกษาศาสตร์และพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ชลิต สุกิจรัตนภรณ์ และศิริพร พูลสุวรรณ. (2562). การ พัฒนาแอปพลิเคชันเตือนการดื่มน้ำสำหรับผู้สูงอายุ . *ในการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ของนักศึกษาวิชาด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 2 (หน้า 1,852)*. คณะมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- พรพรรณ ชัยมงคล. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 15(3), 124.
- Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 ตุลาคม 2566 จาก [https://lpg.hcd.moph.go.th/hdc/main/index .php](https://lpg.hcd.moph.go.th/hdc/main/index.php)
- ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ และรัชพร ศรีเดช. (2564). การ เสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ภายใต้อุตกลองความร่วมมือประชาคมอาเซียนใน การจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมี ศักยภาพและนวัตกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(42), 111.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *เผยแพร่สำรวจประชากร สูงอายุในประเทศไทย 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน สถิติแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564). *สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: จิตีโปรดักชั่น.



สุรศักดิ์ มุลศรีสุขและพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์. (2565). บทบาท
พยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัย
อยู่ตามลำพัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*
มหาวิทยาลัยสยาม, 23(44), 104.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง
การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้าน
สุขภาพของคนไทย (*Creating and Developing*
of Thailand Health Literacy Scales).
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and*
Methodology for the Health Sciences.
(9thed.). New York.

Nutbeam,D. (2008). *Literacy and adolescents: a*
framework and agenda for future
research. Oxford University, England.



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี

Prevalence and Factors Associate with Anemia Among Pregnant Women Receiving Antenatal Care at Bangplee Hospital

Received: October 10, 2024

Revised: December 3, 2024

Accepts: December 11, 2024

อรอนงค์ บัวลา¹(ปร.ด) รัชดา พ่วงประสงค์^{1*}(ปร.ด)Onanong Buala¹(Ph.D) Rachada Phuangprasonka^{1*} (Ph.D)พลอยชมพู สุวรรณชาติ² (พย.บ) เพ็ญศิริ รักสันเทียะ² (พย.บ)

Ploychompoo Suwanchatree (B.N.S) Pensiri Raksantia (B.N.S)

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีผลเพิ่มความเสี่ยงทั้งต่อมารดาและทารกมากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลบางพลี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 357 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและหาความชุกของภาวะโลหิตจาง คำนวณปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยไคสแคว์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของคราเมอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .05

ผลการศึกษาพบว่า จากการตรวจความเข้มข้นเลือดครั้งแรกที่มารับบริการ พบผู้ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 107 ราย (ร้อยละ 30) และมี 108 ราย (ร้อยละ 30.3) ที่ภาวะโลหิตจางจากการตรวจความเข้มข้นเลือดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาคลอด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 9.2) และพบมากในกลุ่มสตรีชาวไทย อายุ 20-30 ปี และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางได้แก่ สถานภาพทางการเงิน อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด โดยมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโลหิตจางในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอด พบว่ามีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.1 แต่ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ ความชุก ภาวะโลหิตจาง ปัจจัย

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, Thailand

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางพลี

*Corresponding Author: rachadaph@gmail.com

Abstract

Anemia in pregnancy is one of the public health problems in Thailand. Anemia may be associated with increased risk adverse pregnancy outcome. This study aimed to investigate prevalence and factors associate with anemia among pregnant women receiving antenatal care and delivered at Bagheli hospital. This study was conducted in 357 women. The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square's test, Crammer's contingency coefficient for calculating the prevalence and testing the relationship between iron deficiency anemia and associated factors. A significance level of less than 0.05 was adopted.

Results revealed the prevalence of iron deficiency anemia among the first blood concentration test was 107 cases (30%) were found to be anemic and 108 cases (30.3%) had anemia on blood concentration testing at a gestational age of more than 32 weeks. Thus, it was found that 33 pregnant women had anemia when giving birth (9.2%). Factors affecting anemia include financial status, gestational age at first prenatal care, BMI before pregnancy and the increase in body weight throughout pregnancy in pregnant women who give birth. It is associated with low to moderate levels of anemia. Only 1.1 percent of pregnant women with prenatal anemia newborn weight less than 2,500 grams but absent postpartum hemorrhage.

KEYWORDS: Pregnant women, Prevalence, Anemia, Factor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีปริมาณลดน้อยลงกว่าปกติ ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ กำหนดที่ระดับ Hb ต่ำกว่า 11g/dl หรือ Hct ต่ำกว่า 32% (World Health Organization [WHO], 2008) ส่งผลให้ร่างกายนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยลง ซึ่งเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและของประเทศไทย โดยจากระบบรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ พ.ศ.2560-2562 พบร้อยละ 16.96, 16.03 และ 16.44 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติกรมอนามัย, 2563) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการที่สูงขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ร่างกายของสตรีที่

ตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กเพื่อใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งธาตุเหล็กที่มีในร่างกายมักไม่เพียงพอจำเป็นต้องให้ธาตุเหล็กเสริมทั้งจากอาหารที่สตรีตั้งครรภ์ควรรับประทานและยาเสริมธาตุเหล็กในระหว่างการตั้งครรภ์ และหากได้รับไม่เพียงพอก็อาจเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือด มีโอกาสติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ในช่วงของการคลอดและหลังคลอด มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดภาวะช็อกหรือหัวใจล้มเหลวได้ (Smith et al., 2019) สำหรับทารกพบว่า บางสาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในรายที่ขาดธาตุเหล็กยังส่งผลกระทบให้เกิดความเสี่ยงไปยังทารก ได้แก่ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติหรือทารกในครรภ์เติบโตช้าเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด การคลอดก่อนกำหนดและทารกมีเหล็กสะสมน้อยกว่าปกติ หากไม่ได้รับธาตุเหล็กเสริมหลังคลอด จะมีพัฒนาการของสมองที่ช้ากว่าเด็กทั่วไป (Jung., et al., 2019; WHO, 2008) สาเหตุของ



ภาวะโลหิตจางที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์ และที่สำคัญพบปัจจัยที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น การรับประทานแคลเซียม ชา กาแฟ เครื่องดื่มสมุนไพรพร้อมกับยาเสริมธาตุเหล็ก (Longo & Camaschella, 2015) การเพิ่มน้ำหนักตัวในระหว่างตั้งครรภ์น้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางสูง (Adikari et al., 2016) ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีการเพิ่มปริมาตรของเลือดและพลาสมาในการช่วยสร้างเซลล์ทารกในครรภ์ ดังนั้นการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกจะได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางน้อย ในส่วนของแรงงานต่างด้าวมักมีลักษณะการบริโภคสินค้าโดยให้ความสำคัญกับการใช้เงิน ไม่ฟุ่มเฟือย นิยมบริโภคสินค้าและบริการที่มีราคาถูก (วิโรจน์ และ. ชนิตา, 2558) นอกจากนี้จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงรายของณัฏพนธ์ศ์ พิรัชพงศ์ (2563) พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ. 2ส.อยู่ในระดับไม่ดี และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน จากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานและสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ประชากรทุกกลุ่มสามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ เพื่อพัฒนาอนามัยมารดา ลดอัตราการตายของมารดา นอกจากนี้เป้าหมายในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงพบอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในประชากรเพศหญิงพบมากถึงร้อยละ 9.6-25.7 (lee et

al., 2014) จะเห็นว่าสตรีมีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบจำนวนมากมาก ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลบางพลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับM1 200 เตียง มีวิสัยทัศน์ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยให้บริการประชาชนทั้งคนไทยและแรงงานต่างด้าวในเขตอำเภอบางพลีซึ่งมาฝากครรภ์และคลอดเป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปวางแผนแนวทางการบริการสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลบางพลี และพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กซึ่งมีเป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์จากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบางพลี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางพลี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอดที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบางพลี

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านการคลอด โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สัญชาติ อาชีพ สถานภาพการเงิน ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ครั้งแรก ความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด ดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ และปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด ส่วนผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นผลจากการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด (กัญญาณี อุทัยและคณะ, 2564) และภาวะตกเลือดหลังคลอด (Young et al., 2019)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์ของ การวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางและภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดโดยเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม เวชระเบียนฝากครรภ์ และเวชระเบียนการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการประชากรที่อยู่ในอำเภอบางพลี แต่อาจมีข้อจำกัดของขอบเขต ที่ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงในบริบทที่กว้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบางพลี ที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลบางพลี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 357 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) และทั้งนี้ผู้วิจัยมีการป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย เนื่องจากอาจมีกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์แต่ไม่มาคลอด ที่โรงพยาบาลบางพลี ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้แล้วอาจสูญหายไปได้ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 392 คน กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากร โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางพลี และ มีผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดแดงครบ 2 ครั้ง ก่อนคลอด ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ สตรีฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็น แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รวม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพของผู้คลอดและทารกและหลังคลอด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการฝากครรภ์ การคลอดและภาวะโลหิตจาง ด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ด้วยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square test และการหาค่าสัมประสิทธิ์การถ่วงของคราเมอร์ (Crammer's contingency coefficient) เนื่องจากตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน และมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Wongratana, 2018) ดังนี้
0.91 – 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
0.71 – 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
0.31 – 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.01 – 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หนังสือรับรองเลขที่ HCU-EC1403/2566 และบันทึกขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบางพลี ผู้วิจัยให้ข้อมูลวิจัยต่อผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผย และรายงานเป็นผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลบางพลี จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 357 ราย ในการตรวจความเข้มข้นเลือดครั้งแรกที่มาใช้บริการ



พบผู้ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 107 ราย (ร้อยละ 30) และจากการตรวจความเข้มข้นเลือดในครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 108 ราย (ร้อยละ 30.3) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาคลอด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 9.2) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางประกอบด้วย 3 ด้านคือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านการคลอด พบว่าภาวะ

โลหิตจางพบมากในคนไทย ร้อยละ 7.6 กลุ่มอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 6.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 6.2 และสถานภาพทางการเงินมีพอใช้แต่ไม่มีเก็บออมร้อยละ 5.0 ทั้งนี้ เชื้อชาติและสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในระดับกลาง ส่วนอาชีพและอายุของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อมูล	Total		Anemia		No anemia		χ^2	ค่า P-value	Crammer V
	n=357		n=33		n=324				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เชื้อชาติ							1.168	0.948	0.057
ไทย	277	77.6	27	7.6	250	70.0			
พม่า	45	12.6	4	1.1	41	11.5			
กัมพูชา	20	5.6	1	0.3	19	5.3			
ลาว	9	2.5	1	0.3	8	2.2			
กะเหรี่ยง	3	0.8	0	0	3	0.8			
ไม่มีสัญชาติ	3	0.8	0	0	3	0.8			
อายุ (ปี)							9.825	0.020*	0.166
≤19ปี	16	4.5	0	0	16	4.5			
20-30ปี	171	47.9	24	6.7	147	41.2			
31-40ปี	160	44.8	9	2.5	151	42.3			
> 40ปี	10	2.8	0	0	10	2.8			
อาชีพ							6.414	0.093	0.134
เกษตรกร	6	1.7	2	0.6	4	1.1			
ธุรกิจส่วนตัว	65	18.2	7	2.0	58	16.2			
รับจ้าง	231	41.1	22	6.2	209	58.5			
แม่บ้าน	55	15.4	2	0.6	53	14.8			
สถานภาพการเงิน							0.879	0.644	0.050
พอใช้มีเก็บออม	146	40.9	12	3.4	134	37.5			
พอใช้ไม่มีเก็บออม	168	47.1	18	5.0	150	42.0			
มีหนี้สิน	43	12.0	3	0.8	40	11.2			

* < .05



อุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในส่วนของปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโลหิตจาง พบภาวะโลหิตจางมากในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์ 28 ± 32 สัปดาห์ ร้อยละ 5.9 มีการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 6.4 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m² อยู่ร้อยละ 6.2 และมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว

ตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.4 ทั้งนี้อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในระดับกลาง ส่วน BMI ก่อนตั้งครรภ์ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อมูล	Total		Anemia		No anemia		χ^2	ค่า P- value	Cram- mer V
	n=357		n=33		n=324				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
BMI ก่อนการตั้งครรภ์							3.083	0.214	0.108
< 18.5 kg/ m ²	255	71.4	23	6.4	232	65.0			
18.5-24.9 kg/m ²	81	22.7	10	2.8	71	19.9			
≥ 25 kg/m ²	21	5.9	0	0.0	21	5.9			
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก							0.527	0.913	0.038
≤12 สัปดาห์	32	9.0	3	0.8	29	8.1			
12 ± 28 สัปดาห์	83	23.2	9	2.5	74	20.7			
28 ± 32 สัปดาห์	240	67.2	21	5.9	219	67.2			
ฝากครรภ์คุณภาพ							0.000	0.995	0.000
น้อยกว่า 8 ครั้ง	108	30.3	10	2.8	98	27.5			
≥ 8 ครั้ง	249	69.7	23	6.4	226	63.3			
การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ตัวตลอดการตั้งครรภ์							3.083	0.214	0.093
น้อยกว่า IOM	255	71.4	23	6.4	232	65.0			
ตาม IOM	81	22.7	10	2.8	71	19.9			
มากกว่า IOM	21	5.9	0	0.0	21	5.9			

* < .05

ผลลัพธ์การคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอด ส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 5.0 รองลงมาเป็น การผ่าคลอด ร้อยละ 3.9 ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.1 และมีอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 14.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

อภิปรายผล

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลบางพลีระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567 ในจำนวน 357 ราย มีภาวะโลหิตจางจำนวนทั้งหมด 107 ราย (ร้อยละ 30) และจากการตรวจความเข้มข้นเลือดในครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 108 ราย (ร้อยละ 30.3) และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมา



ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านการคลอดสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อมูล	Total		Anemia		No anemia		χ^2	ค่าP-value
	n=357		n=33		n=324			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุครรภ์เมื่อคลอด							0.171	0.679
20 ⁺¹ – 36 ⁺⁶ สัปดาห์	33	9.2	6	1.7	27	7.6		
มากกว่า 37 สัปดาห์	324	90.8	50	14.0	274	76.8		
ชนิดการคลอด							4.619	0.202
คลอดปกติ	241	67.8%	18	5.0	224	62.7		
เครื่องดูดสุญญากาศ	3	0.8	1	0.3	2	0.6		
คีมช่วยคลอด	1	0.3	0	0.0	1	0.3		
ผ่าตัดคลอด	111	31.1	14	3.9	97	27.2		
ภาวะตกเลือดหลังคลอด							0.308	0.579
ไม่มี	354	99.2	33	9.2	321	89.9		
มี	3	0.8	0	0.0	3	0.8		
น้ำหนักทารกแรกเกิด							1.081	0.299
น้อยกว่า 2,500 กรัม	27	7.6	4	1.1	23	6.4		
≥ 2,500 กรัม	330	92.4	29	8.1	301	84.3		

คลอด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 9.2) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจางมากกว่าเมื่อมาคลอด พบความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีเท่ากับร้อยละ 9.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของภาคภูมิ รัชมิหิรัญ (2563) และพบมากในคนไทยมากกว่าเชื้อชาติอื่น สอดคล้องกับศิริฉัตร รองศักดิ์, ประนอม พูลพัฒน์ และมยุรัตน์ รักเกียรติ (2560) อาจเนื่องจากมีระบบการดูแล และมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์และติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เป็นระยะอย่างใกล้ชิด

2. ในการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์อายุระหว่าง 20-30 ปี ไม่สอดคล้องกับการการศึกษาของศิริฉัตร และคณะ (2560) ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีภาวะโลหิตจางมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยอื่น แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยอาจเป็นผลจากปัจจัยทางด้านสถานะทางการเงินของครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะโลหิตจาง

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลบางพลีได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อาชีพ มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) ของประเทศสหรัฐอเมริกา (IOM, 2009) ซึ่งดัชนีมวลกาย น้อยกว่าเกณฑ์ เมื่อมีการตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการและโลหิตจาง (Fattah, et al. 2010) และการศึกษาของ Adikari (2016) ซึ่งพบว่าในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางสูง

3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอดพบว่าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.1 สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณี อุตุ้ยและคณะ (2564) พบมารดาที่มีภาวะโลหิตจางช่วงไตรมาสแรกมีความเสี่ยงเป็น 2.78 เท่า เมื่อเทียบ

กับมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าในสถานการณ์ความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดเท่ากับร้อยละ 9.2 ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นความชุกที่บรรลุเป้าหมายของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดภาวะโลหิตจางมากในกลุ่มอายุ 20-30 ปีซึ่งเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในสตรีกลุ่มนี้ และการได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ประเมน ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การตรวจเพิ่มเติมหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง และการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อมีการปรับให้สอดคล้องตรงกับความ ต้องการของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะช่วยลดอุบัติการณ์ต่าง ๆ ได้ จากข้อมูลในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำผลการวิจัยเสนอต่อทีมนำทางหน่วยฝากครรภ์เพื่อนำไปพัฒนางานต่าง ๆ เป็นแนวทางในการจัดบริการในคลินิกฝากครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ มีการทบทวนความพร้อมในการบริการในคลินิกฝากครรภ์ทั้งด้านความรู้ของบุคลากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ หรือนำไปสู่การนำเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับปัจจุบัน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและได้รับการดูแลรักษา ได้รับคำแนะนำอย่างครบถ้วนเมื่อมารับบริการ ข้อมูลในการศึกษานี้สะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนั้น

1. เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก ควรมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค

2. เพื่อเฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กควรมีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณโครงการวิจัย และขอขอบคุณผู้อำนวยการและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบางพลี รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เปิดโอกาส และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาณี อุดอ้าย, จตุพร ใจเคลื่อน, อิศรา หารราชวงศ์ และปวีณา พังสุวรรณ. (2564). ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ไตรมาสต่างๆ ต่อการเกิดทารกแรกคลอดครบกำหนด น้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*. 29(2), 88-101.
- ณัฏพวงค์ พิรัชพงศ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดชลบุรี <https://www.doe.go.th/prd/chonburi/general/param/site/100>.
- ภาคภูมิ รัชมีหิรัญ. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรี ตำบลมหาสวัสดิ์ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. 21(4), 21-28.
- วิโรจน์ เจริญลักษณ์ และ ชนัญชิดา เจริญวัฒน์. (2558). ลักษณะการบริโภคสินค้าและบริการของแรงงานต่างด้าว และการปรับตัวของการประกอบการธุรกิจขนาดเล็กและขนาดย่อม กรณีศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสาคร. *Veridian E-Journal, Slipakorn University*. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 8(2), 1102-1113.
- ศิริฉัตร รองศักดิ์, ประนอม พูลพัฒน์และมยุรัตน์ รักเกียรติ. (2560). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการสุขภาพ*. 35(3), 39-47.
- Adikari, A.M.N.T., Sivakanesan, R., Wijesinghe, D.G.N.G. and Liyanage, C. (2016). "Assessment of Nutritional Status of Pregnant Women in a Rural Area in Sri Lanka". *Tropical Agricultural Research*. 27(2), 203-211.



- Bureau of Reproductive Health. The Second National Reproductive Health and Development Policy and Strategy No. 2 on the promotion of fertility and the growth of quality. [Internet]. 2017. [cited 2017 May 27]. Available from: <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>
- Fattah, C., Farah, N., Barry, S. C., O'CONNOR, N. O. R. A. H., Stuart, B., & Turner, M. J. (2010). Maternal weight and body composition in the first trimester of pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 89(7), 952-955.
- Institute of Medicine. (2009). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/resource/12584/Report-Brief---Weight-Gain-During-Pregnancy.pdf>.
- Jung, J., Rahman, M. M., Rahman, M. S., Swe, K. T., Islam, M. R., Rahman, M. O., & Akter, S. (2019). Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), 69-82.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Longo, D. L., & Camaschella, C. (2015). Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med*, 372(19), 1832-43.
- Lee, J. O., Lee, J. H., Ahn, S., Kim, J. W., Chang, H., Kim, Y. J., ... & Lee, J. S. (2014). Prevalence and risk factors for iron deficiency anemia in the Korean population: results of the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Korean medical science*, 29(2), 224.
- Smith, C., Teng, F., Branch, E., Chu, S., & Joseph, K. S. (2019). Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with anemia in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 1234-1244.
- Young, M. F., Oaks, B., Tandon, S., Martorell, R., Dewey, K., & Wendt, A. (2019). Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: A systematic review and meta-analysis (P11-033-19). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), 47-68.
- World Health Organization. (2008). Worldwide prevalence of anemia 1993-2005, WHO Global database on anemia, page 7-12.๗
- Wongratana, C. (2018). Technique of Using Statistics for Research. (13rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)



การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ Health Communication for Professional Nurses

Received: June 8, 2024

Revised: October 14, 2024

Accepts: October 20, 2024

จิรณัฐ ชัยชนะ (พย.ม.)

Jiranut Chaichana (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การสื่อสารทางด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติงานพยาบาล ที่เป็นบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ และการสนับสนุนการรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ บทความวิชาการนี้ได้เน้นความสำคัญของการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ต่อผู้ป่วย และครอบครัว โดยใช้ทักษะที่จำเป็นสำหรับการสื่อสารทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารด้วยความเข้าใจ การสื่อสารที่คำนึงถึงมิติด้านวัฒนธรรม และความชัดเจนในการสื่อสาร นอกจากนี้บทความนี้ยังอธิบายถึงความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และภาษา เป็นต้น พร้อมทั้งนำเสนอวิธีการและเครื่องมือต่าง ๆ ที่เสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางด้านสุขภาพของพยาบาล เช่น เครื่องมือ รูปแบบที่ช่วยการสื่อสารทางด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสาร และการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกของการสื่อสารด้านสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และคุณภาพการดูแลผู้รับบริการโดยรวม บทความนี้ให้ข้อมูล แนวทางปฏิบัติ และคำแนะนำที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพบริการด้านสุขภาพ และสร้างประสบการณ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การสื่อสารทางด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ ทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ



Abstract

Health communication is a crucial aspect of nursing practice, playing a vital role in patient care, education, and support, as well as in understanding the needs of service recipients. This academic article discusses the importance of health communication for nurses, emphasizing the significance of establishing effective interactions between healthcare providers, patients, and their families. Essential skills for high-quality health communication, such as active listening, empathetic understanding, culturally sensitive communication, and clarity in conveying information, are highlighted.

Additionally, this article addresses the challenges posed by complex health information, such as cultural and linguistic differences. It also introduces various methods and tools that enhance nurses' communication skills, such as health communication models, the use of technology to aid communication, and strategies for fostering collaboration among interprofessional teams. The article underscores the positive outcomes of effective health communication, including improved patient care results, increased patient satisfaction with nursing services, and overall quality of care.

This article provides evidence-based practices, guidelines, and recommendations on effective health communication to support professional nurses in enhancing their communication skills. Ultimately, this contributes to improved healthcare service quality and fosters a positive experience between nurses and service recipients.

KEYWORDS: Health Communication, Professional Nurses, Health Communication Skills

บทนำ

การสื่อสารทางสุขภาพ เป็นกระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อความที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีเป้าหมายที่จะเสริมสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้บรรลุสุขภาพที่ดีขึ้น การสื่อสารทางสุขภาพสามารถเป็นไปได้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การแนะนำวิธีการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ หรือการสนับสนุนในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นในข้อมูลทางการแพทย์ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว และช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้รับบริการ การสื่อสารทาง

สุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ ในสังคม (WHO, 2022) ในโลกปัจจุบันกระแสโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ รวมถึงระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สังคมโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของการรับรู้ และการดูแลตนเอง รวมไปถึงภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสื่อสารทางทางด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อข้อมูลทางด้านสุขภาพที่มีมากมายในปัจจุบัน และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพของประชาชน (อติญาณ์

ศรเกษตริณ และคณะ, 2562) การสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนสำคัญในการทำงานพยาบาล พยาบาลต้องใช้ทักษะและวิธีการต่าง ๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการสื่อสารตลอดระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสุขภาพ การให้ข้อมูลระหว่างพยาบาล ไปจนถึงการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ การสื่อสารที่ชัดเจนและเข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการ สามารถทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการเข้ารับการรักษา เสริมสร้างความพึงพอใจ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพต่อผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดการกับการให้บริการบนความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม ทางภาษา ทางความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย ปัญหาทางจริยธรรม และการผสมผสานเทคโนโลยีเข้ากับการปฏิบัติงาน (Lee, 2020) จุดเริ่มต้นของการสื่อสารทางด้านสุขภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับการรักษา การวินิจฉัยโรค และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา จนถึงระยะท้ายของการดูแล ที่ในทุกขั้นตอนอาจส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่อตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวซึ่งการที่ต้องสื่อสารตลอดกระบวนการพยาบาลนั้น อาจทำให้พยาบาลเกิดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพยาบาลไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยหรือญาติ นอกจากนี้การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องไม่พึงประสงค์ หรือข่าวร้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และเป็นการปฏิบัติที่ยากสำหรับผู้ให้ข่าวที่ขาดทักษะด้านการสื่อสารทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลจบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ด้านการสื่อสารทางด้านสุขภาพ พยาบาลจบใหม่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการทำงานของวิชาชีพการพยาบาล (Jones & Bentham, 2018) จากการศึกษาประสบการณ์ของการเป็นพยาบาลจบใหม่พบประเด็นที่น่าสนใจคือ พยาบาลที่จบใหม่มีความต้องการในด้านการพัฒนาตนเองด้านการสื่อสารในทีม

สุขภาพและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ และสถานศึกษาทางด้านพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ (กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2563) ดังนั้นการสื่อสารทางด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพที่ควรได้รับการพัฒนา โดยมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสภาการพยาบาล (2566) ได้ระบุว่าพยาบาลควรมีทักษะทางด้านการสื่อสารดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพมุ่งเน้นการเป็นเพื่อนคิดและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ 2) กระบวนการสื่อสารที่ดี ให้เวลาผู้ป่วยพูดคุ้ยปัญหาและความกังวล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) การเลือกใช้ทักษะในการสื่อสารหลักที่เหมาะสม ได้แก่ ทักษะเจียบ, กระตุ้น, ทวนซ้ำ, สรุปความ, และสะท้อนอารมณ์ ร่วมกับภาษาท่าทาง และ 4) ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ ช่วยให้เข้าใจปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทักษะเหล่านี้พยาบาลต้องสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพครอบคลุมทุกปัญหาอย่างถูกต้องสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน รวมไปถึงกรณีการแจ้งข่าวร้ายต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือครอบครัวและพิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม หรือประสานงานกับผู้รับผิดชอบที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารกับผู้ป่วย (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2563) การสื่อสารทางด้านสุขภาพเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสนับสนุนสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการสนับสนุนการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ การพัฒนาเครื่องมือหรือกลยุทธ์ใหม่ ๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับความท้าทายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระบบบริการสุขภาพ การสื่อสารที่ดีช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังช่วย



เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยในบทความนี้จะกล่าวถึงทฤษฎีในการสื่อสารทางสุขภาพ ทักษะที่จำเป็นในการสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาล ความท้าทายในการสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับพยาบาล วิธีการและเครื่องมือที่ช่วยในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาล ทิศทางและคำแนะนำสำหรับการสื่อสารด้านสุขภาพในอนาคตสำหรับพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายความสำคัญของการสื่อสารทางด้านสุขภาพในบทบาทการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ อันจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ทฤษฎีในการสื่อสารทางสุขภาพ

ทฤษฎีการสื่อสารทางสุขภาพที่น่าสนใจที่มักถูกนำมาใช้ในงานสื่อสารทางสุขภาพ ได้แก่

1) ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 2006) อธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแบบมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยที่เป็นบุคคลภายใน พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกตการณ์ โดยที่บุคคลจะเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งหมายถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมบางอย่างในการสื่อสารทางสุขภาพ ทฤษฎีปัญญาทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการช่วยเหลือด้านสุขภาพว่าพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถใช้ทฤษฎีความคิดสังคมในการกำหนดแบบแผนการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การใช้การสังเกตวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลสุขภาพของผู้อื่น และการจำลองการดำเนินการที่ดีต่อสุขภาพ โดย

พยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพแสดงให้เห็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ดีต่อสุขภาพให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้เห็น ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลที่สังเกตการกระทำนั้นเข้าใจและนำไปปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง การใช้ทฤษฎีปัญญาทางสังคม ช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถสร้างสรรค์รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการได้อย่างดี ทฤษฎีปัญญาทางสังคม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาลได้ โดยพยาบาลสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยผ่านการให้กำลังใจและคำแนะนำ นอกจากนี้การมีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง และการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

2) แบบจำลองความเชื่อในสุขภาพ (Health Belief Model) (Carpenter, 2010) การรับรู้ ความเชื่อของบุคคล และความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายและประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำเสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอันตรายต่อสุขภาพ ความเสี่ยงที่ตนเองจะเกิดการเจ็บป่วย ประโยชน์จากการดำเนินการเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย และอุปสรรคที่ขัดขวางการดำเนินการเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย ดังนั้นการสื่อสารทางสุขภาพในแนวคิดของ Health Belief Model เน้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค อันตรายของโรคที่บุคคลจะได้รับ ประโยชน์ของการดำเนินการทางสุขภาพ หรือการทำพฤติกรรมที่พยาบาลแนะนำ และวิธีการลดอุปสรรคต่าง ๆ ที่จะขัดขวางการทำ

พฤติกรรมที่แนะนำรวมถึงให้การสนับสนุนและสร้างความมั่นใจให้กับบุคคลในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เพื่อเพิ่มโอกาสให้บุคคลรับรู้ข้อมูล และยอมรับคำแนะนำของพยาบาล และนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่

3) แบบจำลองการสื่อสารในการปฏิบัติงานพยาบาล (Communication Models in Nursing Practice) ที่ได้รับการพัฒนาจากการศึกษาและการวิจัย โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้มีการนำมาใช้ในการสื่อสารทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ทักษะที่จำเป็นในการสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาล

ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการในการจัดการการสื่อสารทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดการความต้องการทางวัฒนธรรม ความแตกต่างทางภาษา การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย ปัญหาทางจริยธรรม และการผสมผสานเทคโนโลยี การสื่อสารทางสุขภาพเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลต้องพัฒนาเพื่อให้สามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความเข้าใจในทางที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ทักษะที่สำคัญสำหรับการสื่อสารทางสุขภาพของพยาบาล (Andreadis et al., 2023; Young & Guo, 2020) ได้แก่ 1. การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) การฟังอย่างตั้งใจและสนใจช่วยให้พยาบาลเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง 2. ทักษะของการแสดงออกความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกและสถานการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย 3. สมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural Competence) การเข้าใจและปรับตัวต่อวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสม

4. ทักษะในการสื่อสารให้ชัดเจน (Clarity in Communication) การสื่อสารอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดและความสับสนในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ 5. การใช้ภาษาที่เหมาะสม (Appropriate Language Use) การประเมิน และเลือกใช้คำศัพท์และภาษาที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจและวัยของผู้ป่วย และป้องกันการใช้คำพูดที่อาจก่อให้เกิดความสับสน 6. ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับบุคลากรจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Communication) การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และทีมงานสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและเต็มประสิทธิภาพ

ความท้าทาย และแนวทางการการสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับพยาบาล

พยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายมากมายในการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาและความท้าทายที่พบบ่อย ได้แก่ (Forde et al., 2023) 1. การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพที่ซับซ้อนเป็นสิ่งท้าทาย เนื่องจากอาศัยทักษะและความละเอียดอ่อนเป็นพิเศษ พยาบาลต้องสามารถอธิบายข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนในลักษณะที่เข้าใจง่ายให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพ 2. การเผชิญกับความแตกต่างวัฒนธรรม การทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ป่วยที่มาจากวัฒนธรรมและศาสนาที่แตกต่างกันอาจทำให้เกิดความสับสนและความขัดแย้งในการสื่อสาร พยาบาลจึงต้องสื่อสารอย่างระมัดระวัง และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ 3. การจัดการกับความขัดแย้งในการสื่อสารที่อาจเกิดขึ้นภายในทีมสุขภาพ หรือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการสื่อสาร เช่น ความไม่เห็นด้วย



กับแผนการรักษาหรือคำแนะนำ พยาบาลต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ฝึกการฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเข้าใจ สื่อสารให้ชัดเจน ใช้ทักษะการไกล่เกลี่ยเจรจาต่อรอง หากพยาบาลสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้ ย่อมสร้างความพึงพอใจและความสัมพันธ์ที่ดี ที่จะนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ 4. การสื่อสารในสถานการณ์ที่ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความสับสนและความคลาดเคลื่อนของการสื่อสารได้มากในสถานการณ์ฉุกเฉิน สิ่งที่พยาบาลต้องเผชิญ เช่น 1) ความเครียดและความกดดัน พยาบาลต้องทำงานภายใต้แรงกดดันสูง 2) เวลาที่จำกัด พยาบาลต้องตัดสินใจ และสื่อสารอย่างรวดเร็ว 3) ข้อมูลที่นำมาสื่อสาร อาจไม่ครบถ้วนชัดเจน 4) อารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวที่อาจรู้สึกตื่นตระหนก โกรธ กลัว เศร้า ฯลฯ เป็นต้น นำไปสู่การสื่อสารที่ผิดพลาด จนอาจส่งผลกระทบต่อการรักษา โดยมีแนวทางการแก้ไข (Gamor et al., 2023) ดังนี้ 1) พัฒนาทักษะการสื่อสารในภาวะวิกฤต เช่น ฝึกฝนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ชัดเจน และสั้น กระชับ เป็นต้น 2) ฝึกฝนการทำงานเป็นทีม ได้แก่ ประสานงาน สื่อสาร กับทีมแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ 3) มีระบบการสื่อสารที่ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ และวิธีการใช้เทคโนโลยี ช่วยในการสื่อสาร 5. การสื่อสารในทีมสุขภาพ การสื่อสารในทีมสุขภาพอาจมีความซับซ้อนเนื่องจากการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางสุขภาพที่หลากหลาย เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือขัดแย้งอาจเกิดขึ้น เช่น การไม่เข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในทีม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม การทำงานในทีมที่มีสมาชิกที่มาจากวัฒนธรรมและพื้นที่ที่แตกต่างกัน อาจสร้างความสับสนและความขัดแย้งในการสื่อสาร เป็นต้น การจัดการกับความขัดแย้งในการสื่อสารในทีม การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ทีมสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเชื่อมโยง

บทบาทและความรับผิดชอบ การแก้ไขข้อขัดแย้งอย่างเป็นกันเอง และการสร้างวินัยในการสื่อสารที่เป็นประโยชน์สูงสุดในทีม เป็นต้น ช่วยสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการทำงานเป็นทีม 6. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ 1) การปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ พยาบาลต้องเรียนรู้และปรับตัวกับเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว เช่น ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) และแพลตฟอร์มการสื่อสารระหว่างทีมการดูแลสุขภาพ 2) การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร บางครั้งอาจเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องมีความระมัดระวังในการดูแลรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลผู้ป่วย 3) การพัฒนาทักษะในการใช้เทคโนโลยี พยาบาลต้องพัฒนาทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถใช้งานและสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 4) การเพิ่มความซับซ้อนของการสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศสร้างช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย ซึ่งอาจทำให้กระบวนการสื่อสารมีความซับซ้อนขึ้น พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะในการจัดการและสื่อสารอย่างเหมาะสมในบริบทที่หลากหลายนี้ 5) การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องใช้เวลาในการศึกษาและปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่อยู่เสมอ 6) ความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยี พยาบาลอาจรู้สึกไม่มั่นใจในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการฝึกฝนหรือการสนับสนุนที่เพียงพอ ความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาขึ้น การจัดการกับความท้าทายเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องทำความเข้าใจเพื่อที่จะเตรียมความพร้อมของตนเอง ให้มีทักษะของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ

วิธีการและเครื่องมือที่ช่วยในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาล

การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาล (Kwame & Petrucka, 2021; Afriyie, 2020) ได้แก่ 1. การฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลสามารถฝึกฝนการฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ขัดจังหวะ สังเกตภาษากายและน้ำเสียง ฝึกการถามคำถามเพื่อแสดงความเข้าใจ และการสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยพูด 2. การสื่อสารที่ชัดเจน ฝึกฝนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์เฉพาะทาง ฝึกใช้จังหวะการพูดให้กระชับ ชัด และเป็นธรรมชาติ รวมถึงต้องสื่อสารให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วน 3. การสร้างความไว้วางใจ ฝึกฝนการแสดงท่าทีที่สุภาพและเป็นมิตร รักษาความลับของผู้ป่วย ฝึกฝนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ ฝึกการตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา 4. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ฝึกฝนการเข้าใจความรู้สึกและความกังวลของผู้ป่วย โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ฝึกฝนการพูดปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจด้วยตัวเอง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง 5. การสื่อสารระหว่างบุคคล พยาบาลควรฝึกฝนการสื่อสารอย่างสุภาพและเป็นมืออาชีพ ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ใช้ทักษะการแก้ไขความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกการทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพอื่น ๆ 6. การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถทำได้โดยการฝึกการเข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพ การฝึกฟังและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้จากสถานการณ์จริงหรือจำลอง การฝึกการเปิดรับความคิดเห็นจากสมาชิกทีม และเข้าร่วมการอบรมพัฒนาทักษะเฉพาะด้านเพื่อสร้างความร่วมมือที่ดีในทีม 7. บทบาทของการสื่อสารในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วย ฝึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และผลข้างเคียงอย่างครบถ้วน ชัดเจน และเข้าใจง่าย ตอบคำถามของผู้ป่วย

อย่างตรงไปตรงมาและเข้าใจความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมไปถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคที่เจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเองได้

เครื่องมือช่วยในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาลกับทีมสุขภาพ (Jones & Bentham, 2018) มีหลากหลายรูปแบบ เช่น การใช้ Checklists รายการคำถามหรือหัวข้อที่ต้องพูดคุย ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการพูดคุยกับทีมสุขภาพและผู้ป่วย ลดความสับสนและหลีกเลี่ยงการละเลยข้อมูลสำคัญ การใช้คู่มือแนะนำวิธีการสื่อสารในสถานการณ์ต่างๆ (Communication guides) ช่วยให้พยาบาลเข้าใจวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งลดความเสี่ยงต่อความเข้าใจผิดระหว่างทีมและผู้ป่วย การฝึก Role-playing การสื่อสารผ่านสถานการณ์สมมติ และการใช้ผู้ป่วยจำลอง ช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสารของพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ทำให้มีความมั่นใจและพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง การสังเกตการณ์ในสถานการณ์จริงและนำไปปรับใช้ ช่วยให้พยาบาลเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจากการทำงานจริง สามารถนำแนวทางที่เหมาะสมมาปรับใช้กับงานของตนเอง การใช้เทคโนโลยี เช่น โซเชียลมีเดีย แอปพลิเคชันแปลภาษา ช่วยให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางภาษาหรือวัฒนธรรมต่างกันมีความราบรื่นมากขึ้น รวมไปถึงเทคนิคต่าง ๆ เช่น

1. SBAR (Wianti & Koswara, 2021) เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้ในการสื่อสารข้อมูลรายงาน การส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โดย องค์ประกอบของ SBAR ได้แก่ Situation (สถานการณ์) ระบุตัวผู้รายงาน ชื่อผู้ป่วย หมายเลขห้อง ระบุปัญหาสั้น ๆ เวลาที่เกิด ความรุนแรง Background (ข้อมูลภูมิหลัง) ข้อมูลเหตุการณ์



ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ยา ผลตรวจ Assessment (การประเมิน) วิเคราะห์ ประเมิน สถานการณ์ ปัญหา ระบุความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และ Recommendation (ข้อเสนอแนะ) แนวทางการรักษา การดูแลสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ประโยชน์ของ SBAR ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ชัดเจน ครบถ้วน ลดความผิดพลาด ความเสี่ยง ช่วยให้การตัดสินใจรักษา รวดเร็ว และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

2. ISBARR (Wang et al., 2022) คือ รูปแบบการสื่อสารทางสุขภาพที่ใช้เพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยหรือการแจ้งเหตุสำคัญ โดยแต่ละตัวอักษรมีความหมายของดังนี้ I (Identify) ระบุตัวคุณเองและตำแหน่งของคุณ S (Situation) รายงานสถานการณ์ปัจจุบันหรือปัญหาที่เกิดขึ้น B (Background) พูดถึงประวัติของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว การวินิจฉัยที่ผ่านมา หรือประวัติการรักษา A (Assessment) ให้ข้อมูลการประเมินสรุปของสถานการณ์ปัจจุบัน และสรุปผลการวิเคราะห์ R (Recommendation) ขอคำแนะนำหรือขอคำปรึกษา R (Repeat/Readback) การย้ำข้อมูลหรือการทบทวนคำสั่งเพื่อให้แน่ใจว่าเข้าใจตรงกัน ISBARR เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การสื่อสารเป็นระเบียบและชัดเจนในการรายงานสถานการณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องและเข้าใจได้สะดวกแก่ผู้รับข้อมูล นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงของความขัดแย้งหรือการเข้าใจผิดพลาดในการดำเนินการต่อการรักษาผู้ป่วยได้ด้วย

3. I-PASS (Blazin et al., 2020) เป็นเครื่องมือสื่อสารทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งเสริมความเข้าใจและความน่าเชื่อถือในการส่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร โดยมีความหมายของตัวอักษรแต่ละตัวดังนี้ I (Illness Severity: ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) รายงานสถานะของผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของโรค P (Patient Summary: สรุปข้อมูลของผู้ป่วย) สรุปข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ชื่อ อายุ

โรคประจำตัว A (Action List : รายการการดำเนินการ) ระบุการดำเนินการที่ต้องทำในลำดับต่อไป S (Situation Awareness and Contingency Plans: การรับรู้สถานการณ์และแผนสำรอง) การเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันและแผนสำรองสำหรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง S (Synthesis by Receiver: การสรุปโดยผู้รับ) การยืนยันและสรุปข้อมูลที่ได้รับจากผู้ส่งข้อมูล I-PASS ช่วยให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลมีความน่าเชื่อถือและความชัดเจน ช่วยลดความเสี่ยงของความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

4. SEGUE (จิรณัฐ ชัยชนะ และคณะ, 2023) ช่วยในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาลกับผู้รับบริการ และญาติ โดยแต่ละตัวมีความหมายดังนี้ 1) ขึ้นเตรียมการ (Set the stage) การแนะนำตนเอง ช่วยให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ การอธิบายวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยทราบประเด็นที่ต้องการจะสื่อสาร และการใช้คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการทางด้านสุขภาพแบบเปิดกว้าง 2) การได้มาซึ่งข้อมูล (Elicit information) การใช้ทักษะการฟังและการสื่อสาร ช่วยเอื้ออำนวยในการดึงข้อมูล หรือระบุความต้องการของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงได้ 3) การให้ข้อมูล (Give information) การให้ข้อมูลตามที่พยาบาลได้แก้ไขปัญหาทางการแพทย์ และผลของการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ที่ตรงตามความเป็นจริงเหมาะสมตามความต้องการ และมีการยืนยันความเข้าใจของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทั้งสองฝ่าย และช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสาร 4) การทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย (Understand the patient's perspective) ขั้นตอนนี้เป็นเน้นการใช้ทักษะการสื่อสารแบบอวัจนภาษา เช่น การสบตา การสัมผัส การพยักหน้าตอบรับเพื่อแสดงถึงการรับรู้และเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยและญาติ 5) ยุติสัมพันธภาพ (End the encounter)

ขั้นตอนนี้ เกี่ยวกับการสิ้นสุดการเผชิญหน้า โดยถึงแม้จะเสร็จสิ้นแล้วแต่ยังมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการรายงานข้อมูลให้กับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยสามารถสอบถามในประเด็นใหม่หรือความต้องการอื่นๆเพิ่มเติมได้ ดังนั้นจึงเป็นการเปิดโอกาส ให้ทั้งสองฝ่ายได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้เหมาะสมตามความต้องการเป็นวงจรทำให้เกิดความต่อเนื่องในการสื่อสารรูปแบบ SEGUE มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพ และมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ โดยมีแนวทางที่ยังคงรักษาความเป็นปัจเจกของผู้ใช้ ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ใช้ในการพัฒนาบทบาท ใช้กลยุทธ์และทักษะด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง และผสมผสานความเป็นตัวเองในการสื่อสารกับผู้ป่วย

ทิศทางและคำแนะนำสำหรับการสื่อสารด้านสุขภาพ ในอนาคตสำหรับพยาบาล

การพัฒนาทิศทางในอนาคตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาลได้มีการกล่าวถึงหลายประเด็นที่สำคัญ (Kwame & Petrucka, 2021; Scott et al., 2024) ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ มีความจำเป็นต้องส่งเสริมการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพในกลุ่มพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกอบรมและการสนับสนุนในการพัฒนาทักษะเหล่านี้เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพ 2) การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสาร เช่น แพลตฟอร์มออนไลน์ แอปพลิเคชันทางการแพทย์ และอุปกรณ์อื่น ๆ เป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางการแพทย์อย่างทันที่และตรงไปตรงมา 3) การสร้างความเข้าใจและการรับฟัง การสร้างและส่งเสริมการสื่อสารที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้สำหรับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ การสร้างพื้นที่ที่เป็นกลางและเปิดกว้างสำหรับสนับสนุนและการส่งเสริมการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทีมการ

ดูแลสุขภาพ 4) การวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารทางสุขภาพสำหรับพยาบาล เพื่อเข้าใจและปรับปรุงวิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนการสื่อสารที่ดีเพื่อการดูแลสุขภาพ

ประโยชน์ที่ได้จากบทความ

1. ด้านพยาบาล ได้มีแนวทางพัฒนาทักษะการสื่อสารลดข้อผิดพลาดในการดูแล และเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน
2. ด้านองค์กรพยาบาล ยกย่องคุณภาพการบริการลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้รับบริการ
3. ด้านทีมสหวิชาชีพ เสริมสร้างการทำงานร่วมกันและการประสานงานที่ราบรื่นภายในทีม
4. ด้านเครือข่ายสุขภาพ ปรับปรุงการสื่อสารข้ามองค์กรด้วยเทคโนโลยี ลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล
5. ด้านผู้รับบริการ เพิ่มความเข้าใจและความพึงพอใจในการรับบริการ ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น

บทสรุป

การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพของสังคมโดยรวม พยาบาลในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจในผู้ป่วย โดยมีทฤษฎีการสื่อสารทางสุขภาพ เช่น ทฤษฎีการถ่ายทอดข้อมูลและการสื่อสารระหว่างบุคคลที่เน้นความสำคัญของการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ทักษะสำคัญที่พยาบาลควรมี ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การใช้ภาษาที่ชัดเจนและเหมาะสม การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ รวมถึงการปรับรูปแบบการสื่อสารตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม พยาบาลยังต้อง



เผชิญกับความท้าทายในการสื่อสาร เช่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเข้าใจด้านสุขภาพต่ำ และการทำงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน แนวทางในการพัฒนาการสื่อสารควรรวมถึงการใช้เทคนิค เช่น SBAR และ I-PASS ที่ช่วยให้การสื่อสารมีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรมีการฝึกอบรมที่เน้นการจำลองสถานการณ์และการใช้เทคโนโลยี เช่น Simulation เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางด้านสุขภาพของพยาบาลในอนาคตควรเน้นที่การผสมผสานเทคโนโลยีใหม่ ๆ รวมถึงการส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลสามารถรับมือกับความท้าทายทางการสื่อสารในบริบทการทำงานที่หลากหลาย ด้วยเครื่องมือและการสื่อสารที่เหมาะสม พยาบาลสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและทีมงานด้านสุขภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารีวรรณ อ่วมตานี. (2563). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13 (1), 90-101.
- จิรณัฐ ชัยชนะ วโรตม เสมอเชื้อ ปริมาภรณ์ นิรมล และ ชัตติยาพร คนเที่ยง (2023). ผลของการใช้รูปแบบ SEGUE ต่อทักษะการสื่อสารทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(45), 39-53.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์. (2563). การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลด้วยเทคนิคเอสบาร์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 91-103.
- สภาการพยาบาล. (2566). *คู่มือพยาบาลใหม่*. ปทุมธานี: วิธินวัตกรรม.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริณ ดาราวรรณ รองเมือง และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 12-20.
- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438-445, <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.9.438>
- Andreadis, K., Muellers, K., Ancker, J. S., Horowitz, C., Kaushal, R., & Lin, J. J. (2023). Telemedicine Impact on the Patient-Provider Relationship in Primary Care During the COVID-19 Pandemic. *Medical care*, 61(Suppl 1), S83-S88. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001808>
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164-180.
- Blazin, L. J., Sitthi-Amorn, J., Hoffman, J. M., & Burlison, J. D. (2020). Improving Patient Handoffs and Transitions through Adaptation and Implementation of I-PASS Across Multiple Handoff Settings. *Pediatric quality & safety*, 5(4), e323. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000323>
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661-669.
- Forde-Johnston, C., Butcher, D., & Aveyard, H. (2023). An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse-patient interactions and communication. *Journal of advanced nursing*, 79(1), 48-67. <https://doi.org/10.1111/jan.15484>
- Gamor, N., Dzansi, G., Konlan, K. D., & Abdulai, E. (2023). Exploring social media adoption by nurses for nursing practice in rural Volta, Ghana. *Nursing open*, 10(7), 4432-4441. <https://doi.org/10.1002/nop2.1685>
- Jones, A., & Bentham, P. (2018). Communication skills: A guide for health care workers. *British Journal of Healthcare Assistants*, 12(3), 140-144. doi:10.12968/bjha.2018.12.3.140



- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158.
- Lee, H. (2020). The role of nurses in health communication. *Journal of Community Health Nursing*, 37(2), 102–108. doi:10.1080/07370016.2020.1730415
- Scott, A. M., Coolidge, A. A., Donovan, E. E., Kerr, A. M., Longtin, K., Thompson, C. M., Ring, D., & Van Scoy, L. J. (2024). The Impact of Health Communication Research on Medical and Health Professional Education and Training. *Health communication*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10410236.2024.2326258>
- Wang, W., Shen, J., Greene, W. B., Ren, D., & Sherwood, P. (2022). The effect of ISBARR on knowledge of and attitudes about interprofessional communication skills among Chinese undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 109, 105207. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105207>
- Wianti, A., & Koswara, R. (2021). Description of the Implementation of Sbar Communication. *Asian Community Health Nursing Research*, 9-9. <https://doi.org/10.29253/achnr.2021.3951>
- WHO. (2022). *Health communication*. Retrieved 27 Jan 2024, from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wpro-documents/regional-committee/session-74/wpr-rc74-agenda-13-communication-for-healthannex.pdf?sfvrsn=47febfd6_1&download=true
- Young, S., & Guo, K. L. (2020). Cultural diversity training: the necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice. *The health care manager*, 39(2), 100-108.



บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

Nurse's Role in Caring Cognitive Impairment in Persons with Diabetes Mellitus

Received: August 22, 2024

Revised: December 3, 2024

Accepts: December 10, 2024

ทิชารี กันทะวิโร (พย.ม)

Ticharee Kantaviro (M.N.S)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั่วโลก โดยมีผลต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นสมอง ตา หัวใจ หลอดเลือด ไตและระบบประสาท โดยเฉพาะผลกระทบต่องานของสมองที่มักจะถูกมองข้าม ได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ภาวะนี้ส่งผลให้ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และความจำลดลง อีกทั้งยังทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง โดยผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การติดตามอาการ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่จำเป็นต่อการจัดการกับโรคลดลง ซึ่งอาจทำให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจอยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ ในบทความนี้เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองการทำงานของกระบวนการรู้คิด และช่วยวินิจฉัยภาวะการรู้คิดบกพร่องได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที อีกทั้งใช้เป็นหลักฐานทางการพยาบาลในการยืนยันสภาพความเจ็บป่วย ติดตามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล ภาวะการรู้คิดบกพร่อง โรคเบาหวาน

Abstract

Diabetes mellitus is a significant global health problem that impacts various vital organs, including the brain, eyes, heart, blood vessels, kidneys, and nervous system. Among these, the often-overlooked effects on brain function, particularly cognitive impairment, lead to a decline in the ability to think, analyze, and remember, as well as a reduction in self-management skills. This includes challenges such as controlling blood sugar levels, adhering to prescribed medication, monitoring symptoms, and making essential lifestyle adjustments required to manage the disease effectively. Consequently, the disease may progress more severely, leading to serious complications and potentially resulting in a state of dependency. This article reviews knowledge of cognitive impairment in diabetic patients to assist nurses in screening cognitive function and diagnosing impairment accurately and promptly. It also provides evidence-based nursing practices to validate the illness, monitor patients, and develop care plans to sustain a good quality of life.

KEYWORDS: Nurse's role, Cognitive impairment, Diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ทำลายโรคหนึ่งในศตวรรษที่ 21 โดยร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินที่ไม่เพียงพอหรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน จากรายงานในปี 2021 พบว่า 537 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเบาหวานและยังมีการคาดการณ์ว่าในปี 2045 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนกว่า 783 ล้านคนทั่วโลก อีกทั้งมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 6.7 ล้านคน (Magliano & Boyko, 2021) หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งผลจากการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลงนำไปสู่การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ (Aderinto et al., 2023)

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการรู้คิด ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ การตอบสนอง ความสนใจ การมีสมาธิ การบริหารจัดการ รวมไปถึงการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ซึ่งหากเป็นในระยะเล็กน้อยอาจเริ่มสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการในการรับรู้ แต่ยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หากเป็นในระยะรุนแรงจะนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการเข้าใจความหมาย ความสามารถในการพูดหรือเขียน อาจส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจนนำไปสู่การมีภาวะพึ่งพิงได้ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคเบาหวานมีกลไกที่ส่งผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง เช่น การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การขาดฮอร์โมนอินซูลิน การมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ อีกทั้งการอักเสบของร่างกาย



เป็นต้น ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมองตามระดับความรุนแรงโดยอาจก่อให้เกิดภาวะสมองฝ่อ (Sebastian, Khan, Pappachan, & Jeeyavudeen, 2023) โดยพบการลดลงของปริมาณเนื้อสมองสีเทา เนื้อสมองสีขาวที่ส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ ความนึกคิด ความจำ การพูดและการได้ยิน และสมองส่วนฮิปโปแคมปัส บริเวณสมองส่วนกลีบขมับ (Temporal lobe) และสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ที่เกี่ยวข้องกับความจำ ส่งผลกระทบด้านการประมวลผลและการแปลข้อมูลของสมอง ด้านความจำ ความคิด การตีความ (Zhang, Shaw, & Cherbuin, 2022) อีกทั้งสาเหตุจากเพศ อายุ ที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ ระดับการศึกษา ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ระดับไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายเกิน ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และพฤติกรรมเนือยนิ่ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (วรัญจรดา โรจนานุตร, โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, ภรเอก มนัสวานิช, และ สุรินทร์ อัครวิฑูรทิพย์, 2564) โดยความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องพบตั้งแต่ร้อยละ 17.3-67.4 (วรัญจรดา โรจนานุตรและคณะ, 2564; Bozanic et al., 2023)

เห็นได้ว่าโรคเบาหวานและภาวะการรู้คิดบกพร่องมีความสัมพันธ์กันหลายแง่มุมและซับซ้อน แม้จะยังไม่มีกลไกการเกิดที่ชัดเจน แต่พบว่าโรคเบาหวานสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง 1.9 – 31.1 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน (Abdellatif et al., 2020, Saedi et al., 2016; Verma, Agarwal, Tashok, Verma, & Giri, 2021) ซึ่งภาวะการรู้คิดบกพร่องส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยในคนที่อายุน้อยหรือวัยผู้ใหญ่อาจได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน แต่สำหรับวัยสูงอายุอาจเป็นปัญหาสำคัญในการมีภาวะ

พึ่งพาบุคคลอื่นได้ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ และกระทบต่อความสามารถด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

ในปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอาจยังขาดในส่วนของการรู้เรื่อง การคัดกรองหรือประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง ที่อาจส่งผลให้มีการดำเนินของโรคอย่างก้าวหน้าจนอาจพัฒนาไปถึงการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐาน หรือต่อเนื่องไปจนถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน รวมไปถึงความร่วมมือในการใช้ยา เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงหรือเรื้อรังตามมาได้ ดังนั้นในบทความนี้พยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์บทความ

เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการคัดกรองและการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง คือ การเปลี่ยนแปลงในด้านของความจำ การเรียนรู้ การรับรู้ เวลาในการตอบสนองหรือความเร็วในการประมวลผล ความสนใจ สมาธิ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ รวมไปถึงการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน (CDC, 2011) โดยภาวะการรู้คิดบกพร่องอยู่กึ่งกลางระหว่างภาวะสมองเสื่อม และการเปลี่ยนแปลงตามวัยเนื่องจากความชรา (Kontaxopoulou et al., 2016)

องค์ประกอบของกระบวนการรู้คิด

การรู้คิด (Cognition) จำแนกออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

1. ความใส่ใจแบบซับซ้อน (Complex attention) หรือความใส่ใจแบบต่อเนื่อง (sustained attention) การแบ่งความสนใจต่อ 2 สิ่งพร้อมกันในเวลาเดียวกัน (Divided attention) การมีสมาธิจดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แม้มีสิ่งรบกวน (Selective attention) และความเร็วในการประมวลผลที่ฉับไว (Processing speed)

2. ความสามารถด้านการบริหารจัดการ การพยายามเปลี่ยนนิสัยเดิม (Overriding habits) และการยืดหยุ่นความคิด (Mental flexibility)

3. การเรียนรู้และความจำ ได้แก่ ความจำได้ทันที (Immediate memory) ความจำระยะสั้น (Recent memory) ความจำที่ระลึกได้ (Free recall) ความจำที่จำได้เมื่อใช้ตัวช่วย (Cued recall) และความจำที่จำได้เมื่อให้ข้อมูลแบบเลือก (Recognition)

4. การใช้ภาษา (Language) ครอบคลุมถึงความสามารถในการพูดและฟัง เริ่มตั้งแต่ความสามารถในการเรียกชื่อวัตถุ การพูดหรือใช้ภาษาอย่างคล่องแคล่ว การใช้หลักไวยากรณ์และคำเชื่อมประโยคอย่างถูกต้องเหมาะสม และความสามารถในการเรียนรู้

5. ความสามารถด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ (Visuoconstructional-perceptual ability) เช่น ให้อาหารรูปตามภาพที่ปรากฏ ชิดแบ่งครึ่งเส้น จับคู่สิ่งที่เหมือนกัน การจัดจำใบหน้า เป็นต้น

6. ความสามารถในการรับรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognition) ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Recognition of emotion) การบอกอารมณ์ความรู้สึกจากใบหน้า และทฤษฎีทางจิต (Theory of mind) คือ การเข้าใจจิตใจของผู้อื่น การควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงออก (Behavior regulation)

ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในการศึกษาต่างประเทศ พบว่า ประเทศชิลี กลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 358 ราย พบความชุกร้อยละ 17.3 (Bozanic et al., 2023) ประเทศซาอุดีอาระเบียศึกษาในทุกช่วงอายุ พบร้อยละ 80.30 มีภาวะการรู้คิดบกพร่องและร้อยละ 33.80 มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระดับรุนแรง (Naguib et al., 2020) ประเทศจีนพบร้อยละ 38.9 - 58.60 (Li et al., 2024; Xia et al., 2020) และประเทศอียิปต์พบร้อยละ 50 (Mohamed, Nour-Eldein, & Saudi, 2023) สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 67.4 ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 45 ปีขึ้นไปจำนวน 262 ราย (วรณรรดา โรจนานุตรและคณะ, 2564) โดยทั่วไปมักพบความผิดปกติด้านการรู้คิดได้แก่ อาการสับสน ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างมีสหสัมพันธ์ การสูญเสียความจำระยะสั้นหรือระยะยาว ความสับสนทางอัตลักษณ์ และความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง (Siddiqi, 2021)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง

1. ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน โดยสัมพันธ์กับกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติ การเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ภาวะสมองขาดเลือดและโรคของหลอดเลือดแดง พบว่าระยะเวลาป่วยนานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องมากกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี (Shaikh et al., 2019)

2. ภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปยังเซลล์เพื่อเกิดการเผาผลาญเป็นพลังงานได้ตามปกติ ซึ่งน้ำตาลมีความสำคัญต่อการทำงานของสมองและเซลล์ประสาท โดยพบว่าอินซูลินทำหน้าที่สำคัญในกระบวนการรู้คิดไม่ว่าจะเป็นด้านความจำและด้านการเรียนรู้ ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องจะพบอินซูลินในสมองและไขสันหลังจำนวน



น้อย แต่พบอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดจำนวนมาก (Ma, Wang, & Li, 2015)

3. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดได้ทั้งในโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมีผลเสียต่อการทำงานของกระบวนการรับรู้คิด จะไปเพิ่มสาร Advanced Glycation End Products (AGEs) ซึ่งกระตุ้นกระบวนการอักเสบ กระบวนการออกซิเดชัน การเกิดลิ้มเลือดและพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับบริเวณส่วนเดนเดนไทรัส (dentate gyrus) ของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และจดจำของสมอง (Kim, 2019)

4. โรคของหลอดเลือดโดยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดลิ้มเลือดอุดตันได้มากกว่า 2-6 เท่าซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะการรับรู้คิดบกพร่องจากภาวะหลอดเลือดแข็งเช่นเดียวกัน ส่งผลให้เลือดที่ไหลผ่านไปเลี้ยงสมองลดลง (Kim, 2019)

5. ภาวะเครียดทางออกซิเดชัน (Oxidative stress) โดยจะไปเร่งการพัฒนาภาวะดื้อต่ออินซูลินในอวัยวะต่าง ๆ จะมีการยับยั้งการส่งสัญญาณของอินซูลินและการสูญเสียการทำหน้าที่ของสารอะดิพอกไน (Adipokines) เกิดการอักเสบและภาวะไขมันสูงผิดปกติในเลือด (Ragaa et al., 2023)

6. การอักเสบของเนื้อเยื่อประสาท การตอบสนองของ T cell ต่อเนื้อเยื่อของตนเองอย่างรุนแรง (Autoreactive T cells) และเกิดการกระตุ้นการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อ เช่น CD8+, CD20+, Interleukin 1 beta (IL-1 β) และ Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF- α) เป็นต้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา (Ragaa et al., 2023)

7. พันธุกรรมและกระบวนการเหนือพันธุกรรม (Genetic and epigenetic) การบกพร่องของการรับรู้มีความสัมพันธ์กับ Apolipoprotein E Epsilon4

(APOE4) ที่สอดคล้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อม (Ragaa et al., 2023)

8. อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความเสี่ยงเนื่องจากเกิดกระบวนการเสื่อมของร่างกาย มีการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ คือ สารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งสะสมในเซลล์เป็นเวลานานทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่าง เสียประสิทธิภาพทางเคมีในการสร้างพลังงานและเกิดการตายของเซลล์ประสาทและภาวะสมองฝ่อ (Eze et al., 2015)

9. โรคความดันโลหิตสูงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดโดยเฉพาะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ นำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง (Santisteban & Iadecola, 2018)

10. ภาวะอ้วนเกี่ยวข้องกับการมีภาวะสมองดื้อต่ออินซูลินในโรคเบาหวาน ขาดการหลั่งฮอโมนอินซูลิน ลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรวดเร็วและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง เช่น รบกวนการก่อตัวของ AGEs และการสร้างอนุมูลอิสระ (Hou et al., 2019)

11. พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) หรือการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของสมอง เนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมจะส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบประสาทโดยไปเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและลดการหลั่งสารแห่งความเครียด (Mandolesi et al., 2018)

12. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล โดยความเครียดส่งผลทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งสารอะดรีนัลคอร์ติโคโทรปิน ทำให้หลั่งฮอโมนกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ และคอร์ติซอลมากเกินไป ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความวิตกกังวลจะไปขัดขวางความสามารถด้าน

ความจำโดยเฉพาะความจำใช้งานและความจำระยะสั้น ซึ่งแตกต่างกันไปตามระดับของความวิตกกังวลส่งผลให้ความสนใจ สมาธิ ความสามารถในการตัดสินใจและการรับรู้ที่ลดลงได้ (Gulpers et al., 2019) สำหรับภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการเชื่อมต่อของเส้นใยประสาทที่เกี่ยวข้องกับคอร์เทกซ์ กลีบหน้าผากส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ที่มีผลในกระบวนการคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการเรียนรู้, ส่วน Amygdala ที่เก็บบันทึกความจำของเหตุการณ์ต่าง ๆ และอารมณ์ความรู้สึก, ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ในการสร้างความทรงจำระยะยาว (Richardson & Adams, 2018)

ผลกระทบของภาวะการรู้คิดบกพร่อง

1. ผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิดที่แสดงออกถึงกระบวนการทางความคิดที่หลากหลายช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ วิเคราะห์ จัดเก็บ และเรียกคืนข้อมูลจากสภาพแวดล้อมได้ ซึ่งกระบวนการรับรู้เหล่านี้เป็นกระบวนการที่จำเป็น โดยอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Aderinto et al., 2023)

1.1 ด้านความจำ ถือเป็นหนึ่งกระบวนการรู้คิดที่สำคัญที่สุด ทั้งความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และความจำใช้งาน ในผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งอาจแสดงออกถึงความยากลำบากในการดึงข้อมูลออกมาใช้ การนึกถึงเหตุการณ์ ชื่อ หรือใบหน้า

1.2 ด้านสมาธิและความตั้งใจ ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลมุ่งความสนใจไปยังสิ่ง ๆ หนึ่ง และการกรองสิ่งรบกวนรอบข้างออก ซึ่งอาจแสดงออกถึงความยากลำบากในการทำงานพร้อมกันหลายอย่างลดลง ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานที่ต้องอาศัยสมาธิเป็นเวลานาน เช่น การขับรถ หรือการทำงานกับเครื่องจักร เป็นต้น

1.3 ด้านภาษา ถือเป็นรากฐานของความสามารถในการเข้าใจและการติดต่อสื่อสารโดยการใช้คำพูดหรือสัญลักษณ์ อาจส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการคิดคำพูด การเข้าใจประโยคที่ซับซ้อน รวมไปถึงความคล่องแคล่วในการพูดและการเขียน

1.4 ด้านการบริหารจัดการ มีความสำคัญต่อการวางแผน การจัดการ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของแพทย์ การดูแลตนเอง การรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับโรค

1.5 ด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการรับรู้ วิเคราะห์และจัดการข้อมูลภาพในสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการอ่านแผนที่ การสำรวจสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย นำไปสู่ความยากลำบากในการรับรู้สิ่งแวดล้อม การเดินทางและความปลอดภัยของบุคคล

2. ผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การยืน การเดินหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การประกอบอาหาร การจัดการด้านการเงิน การใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เป็นต้น โดยอาจเริ่มจากขั้นที่ซับซ้อนก่อนแล้วจึงก้าวหน้าไปกิจกรรมขั้นพื้นฐาน หากอยู่ในระดับเล็กน้อยจะยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หากระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการพูด การเขียน และการสื่อสารได้ (Ragaa et al., 2023)

3. ผลกระทบต่อด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบการแสดงออกที่แตกต่างกันในแต่ละระดับของความรุนแรง หรืออาจพบการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมในระยะเวลาหนึ่งแล้วหายเป็นปกติหรืออาจคงอยู่ในระยะเวลานาน เช่น อาการกระสับกระส่าย การตื่นและการนอนผิดปกติ มีพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ ซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์



เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

4. ผลกระทบต่อการจัดการตนเอง เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อน ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (Ragaa et al., 2023)

การประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง

1. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย หรือ Mini-Mental State Examination (MMSE Thai version 2002) จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือการรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall)

2. การวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา หรือ Clock Drawing Test (CDT) เป็นการทดสอบที่ง่าย ใช้เวลาไม่มากและมีความแม่นยำค่อนข้างดี ใช้วินิจฉัยแยกโรคร่วมกับแบบทดสอบอื่น ๆ ตรวจโดยให้ผู้สัมภาษณ์วาดหน้าปัดนาฬิกา แสดงตัวเลขและเข็มนาฬิกาบอกเวลาตามที่กำหนด อาจเป็น 11:10 น. 1:45 น. หรือ 2:45 น. เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

3. แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ฉบับภาษาไทย หรือ Thai Mental State Examination (TMSE) ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือในคลินิก โดยวัดสมรรถภาพทางสมอง 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ความตั้งใจ ด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษา การแสดงออกทางภาษา และด้านความจำเฉพาะหน้า (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536)

4. แบบคัดกรอง 7 นาที ฉบับภาษาไทย หรือ 7 Minute Screen Thai Version เป็นการผสมผสานการทดสอบหลายด้านเข้าด้วยกันเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาเด่น ๆ ที่พบบ่อย ประกอบด้วย 4 การทดสอบ คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านมิติสัมพันธ์ และด้านภาษา (Sungkarat et al., 2554)

5. แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย หรือ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ใช้ประเมินหน้าที่ของการรู้คิดด้านต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมด้านความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์, 2554)

บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่อง

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ บทบาทของพยาบาลถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพในทุกประเทศ พยาบาลไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทหลายด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลและสุขภาพของประชาชนในภาพรวม โดยบทบาทพยาบาลที่เป็นพื้นฐานการให้บริการประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ คือ บทบาทผู้ให้บริการแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน (Health care service/Care provider) โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ทั้งในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และภาวะเจ็บป่วย (Wayne, 2024) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Nursing assessment) อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของภาวะการรู้คิดบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียความทรงจำ ความสับสนในวันเวลา สถานที่และบุคคล ความยากในการมีสมาธิจดจ่อสิ่งต่าง ๆ มีปัญหาในการ

แก้ปัญหา การตัดสินใจ การใช้ภาษา และมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพอีกด้วย โดยอาการและอาการแสดงที่พบได้มีดังนี้

1. ความผิดปกติของความจำ (Memory impairment) พบความยากลำบากในการจดจำข้อมูลใหม่หรือการเรียกคืนข้อมูลที่เคยได้รับ

2. ความสับสนในวันเวลา สถานที่และบุคคล (Cognitive disorientation) มักทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว

3. บกพร่องด้านความสนใจและสมาธิ (Impaired attention and concentration) มีความยากลำบากในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือไม่มี ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ

4. ความผิดปกติด้านการบริหารจัดการ (Executive dysfunction) มีความยากลำบากในการวางแผน การจัดการ และการทำงานที่ต้องอาศัยความซับซ้อนและการตัดสินใจ

5. ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร (Aphasia) ยากลำบากในการคิดคำพูด ความเข้าใจและการเลือกใช้คำต่าง ๆ

6. มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพ อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่สามารถสังเกตเห็นได้จากด้านอารมณ์ ความรู้สึก การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

7. ภาวะบกพร่องของระบบสั่งการ (Apraxia) ไม่สามารถทำตามคำสั่ง ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยได้เรียนรู้หรือทำมาก่อน โดยไม่ได้เกิดจากการอ่อนแรง

8. ภาวะเสียการระลึก (Agnosia) การสูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือการระลึกถึงสิ่งต่าง ๆ เช่น วัตถุ บุคคล เสียง รูปร่าง กลิ่น การมองเห็น โดยที่ยังมีความจำปกติ

9. ความบกพร่องในการรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial abilities) ไม่สามารถมองเห็นพื้นที่

รูปร่าง ระยะทางและตำแหน่งที่เชื่อมโยงกัน เช่น การวาดรูปตาม

10. การเคลื่อนไหวผิดปกติที่มาจากจิตใจ (Psychomotor disturbances) มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว เช่น สับสน กระสับกระส่าย กระวน กระวาย อยู่ไม่สุขหรืออาจเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับการประเมินอย่างเป็นระบบพร้อมกับวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถช่วยให้พยาบาลระบุความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และควรมีการสื่อสารอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมากับผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอีกทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

3. สูญเสียทักษะในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น/แยกตัวเองออกจากสังคม

4. ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

5. พร่องความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค

6. ผู้ดูแล/ญาติเกิดความรู้สึกกดดันหรือเป็นภาระ

7. สูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง



ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มีเป้าหมายการพยาบาล (Nursing goals) และเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้

โดยเป้าหมายทางการพยาบาลเป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และเป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

ตัวอย่างการกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

เป้าหมาย: สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล:

- คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน

- คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยมีการใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของพยาบาล เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลและให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ นำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมและความเป็นปัจเจกบุคคล

1. การประเมินและคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยสามารถประเมินเป็นระยะเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลแบบเชิงรุกเพื่อให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงได้อย่างทันที่หรือตามช่วงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยพบว่า

ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เช่น เพิ่มร้อยละ 10 ในคนที่อายุระหว่าง 70 ถึง 79 ปี และร้อยละ 25 ในผู้ที่อายุ 80 ถึง 89 ปี หรือสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบหรือพิจารณาความสามารถในกระบวนการคิด การเปลี่ยนแปลงไปของอารมณ์และพฤติกรรม ระยะเวลาที่เกิดอาการและข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วย

2. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะการรู้คิดบกพร่อง เริ่มจากระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง หากระดับเล็กน้อยอาจยังไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันและระดับรุนแรงอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ พร้อมทั้งหาสาเหตุของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ ระดับการศึกษา ระดับ HbA1C, FBS ที่สูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับไขมันสูง ระดับ Systolic blood pressure สูง ดัชนีมวลกายเกิน ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และพฤติกรรมเนือยนิ่ง เป็นต้น

3. ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าสามารถลดการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจากส่งผลต่อความสามารถของสมอง (Brain plasticity) และหน้าที่ของสมองในด้านของความสามารถทางการรู้คิด โดยถือได้ว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยในการส่งเสริมการทำงานของระบบประสาท อีกทั้งกิจกรรมทางกายที่เพียงพอช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือด และลดการหลั่งสารแห่งความเครียดโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

4. ส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของสมองด้านระบบการรับรู้ด้านระบบประสาท

5. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัย และน่ารื่นรมย์ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีการตอบสนองด้วยพฤติกรรมที่วิตกกังวลหรือก้าวร้าวหากได้รับการกระตุ้นที่มากเกินไป สภาพแวดล้อมที่สงบจะส่งเสริมความปลอดภัยและความรู้สึกมั่นคงได้ และควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะจากการทำกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เช่น การสะดุดสิ่งกีดขวาง การทำครัว หรือ การดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น

6. หลีกเลี่ยงการบังคับให้ทำกิจกรรมหรือการสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกถูกคุกคาม ถูกกดดัน หรือมีอาการไม่สบายใจที่อาจนำไปสู่การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่หงุดหงิดหรือถึงขั้นมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวออกมาทั้งทางร่างกายหรือทางวาจา

7. ส่งเสริมการฝึกการทำงานของสมอง (Cognitive training) การรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation) อาจทำได้หลายรูปแบบโดยการใช้สถานการณ์ และเหตุการณ์ประจำวัน เช่น สิ่งพิมพ์ รายการโทรทัศน์ ปฏิทิน หรือบุคคลที่คุ้นเคยหรือรู้จัก ญาติหรือบุคคลรอบข้าง อาจใช้การพูดคุย เหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนช่วยในการชี้แนะผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่ความเป็นจริง เนื่องจากมีความคุ้นเคยกัน

8. ส่งเสริมการฝึกด้านความจำ (Memory training) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีความจำที่ยังใช้ได้ดี โดยต้องมีการประเมินระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่น การฝึกจดจำใบหน้าคน เล่นเกมทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ร้องเพลง หรือสวดมนต์ และการฝึกด้านทักษะ (Skill training) โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่ง่าย ๆ เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การเดินรำ การแต่งตัวเพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้คงอยู่ระดับเดิม

9. ส่งเสริมให้มีการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เพื่อกระตุ้นความจำและอารมณ์ โดยการใช้ประสบการณ์ในอดีต โดยการใช้อุปกรณ์ร่วม เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องในอดีตเพื่อฟื้นความจำ ช่วยปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้ดีขึ้น

10. แนะนำให้ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ โดยถือหลักให้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถผู้ป่วยสามารถทำได้ก่อน และสื่อสารให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยซึ่งอาจมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ ในบางครั้ง หรือแม้แต่วันเดียวกันก็มีความแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลว่ากิจกรรมใดบ้างเหมาะสมกับความสามารถในขณะนั้น

11. ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการ เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด กระตุ้นให้รับประทานอาหารและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม พบว่าการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ที่เน้นการรับประทานธัญพืช ผัก ผลไม้ อาหารที่มีไขมันต่ำ และไขมันดี เน้นการรับประทานปลา ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไขมันทรานส์ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโฟเลต วิตามินอีและกรดไขมันโอเมก้า 3 อีกทั้งการใช้น้ำมันมะกอกและสารปรุงแต่งจากธรรมชาติ เช่น กระเทียมและขมิ้นชัน เพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง

12. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน ญาติ หรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ชอบและพอใจ เช่น การเล่นเกม อ่านนิตยสาร ทำงานฝีมือ การใช้คอมพิวเตอร์ และกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้สามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้

13. แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์หรืออุปกรณ์พกพาและ



สมาร์ทโฟน สมาร์ททีวี แท็บเล็ต รวมไปถึงแล็ปท็อป เพราะสามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม เพิ่มความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยให้มึนงานอดิเรกหรือกิจกรรมประจำวัน แม้จะไม่มี การสนทนาโต้ตอบก็ตาม

ขั้นที่ 5 การประเมินผลทางการพยาบาล (Nursing evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของ กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและ ประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ ให้แก่ผู้รับบริการ โดยขั้นตอนนี้สามารถให้ข้อสรุปว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขที่บรรลุตามเป้าหมายการ พยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้หรือไม่ ซึ่งสามารถ ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลหรือกิจกรรมพยาบาลให้ เหมาะสมแก่ผู้รับบริการในแต่ละรายเพื่อควบคุมปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรค และการคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพ ชีวิตที่ดี

สรุป

ภาวะการรู้คิดบกพร่องและโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง และมีผลกระทบ ต่อกันและกัน โดยโรคเบาหวานส่งผลต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนบริเวณหลอดเลือดไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือด ขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ซึ่งอาจทำให้การ ไหลเวียนของเลือดไปยังสมองลดลง ดังนั้นพยาบาลมี บทบาทสำคัญที่ทำท่าในการคัดกรอง การประเมิน ความสามารถทางความคิดและความจำเป็นประจำ สามารถช่วยในการตรวจพบของการเกิดภาวะการรู้คิด บกพร่องตั้งแต่ระยะแรก การมีความรู้ความเข้าใจของ พยาบาลเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องและปัจจัยที่ เสี่ยงที่ทำให้เกิดการให้การพยาบาลที่เหมาะสม สามารถช่วยลดความเสี่ยงหรือชะลอการเกิดภาวะการ

รู้คิดบกพร่องที่อาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมและการ คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการคัดกรอง ภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อให้ สามารถตรวจพบการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องตั้งแต่ ระยะแรก

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพ สมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- วรัญธดา โรจนานุตร, โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์, ภรเอก มั่นสวานิช, และสุรินทร์ อัครวิฑูรทิพย์. (2564). การ ศึกษาความชุกของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *วารสาร ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(1), 49-60.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวช ปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์. (2554). *แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับ ภาษาไทย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.mocacognition.com>
- Abdellatif, G. A., Hassan, A. M., Gabal, M. S., Hemeda, S. A., EL-Chami, N. H., & Salama, I. I. (2020). Mild cognitive impairment among Type II diabetes mellitus patients attending university teaching hospital. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(E), 105-111.
- Aderinto, N., Olatunji, G., Abdulbasit, M., Ashinze, P., Faturoti, O., Ajagbe, A., Ukoaka, B., & Aboderin, G. (2023). The impact of diabetes in cognitive impairment: A review of current evidence and prospects for future investigations. *Medicine*, 102(43), e35557. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035557>



- Bozanic, A., Toro, P., Bello-Lepe, S., Hurtado-Oliva, J., Beyle, C., Valdés, C., & Formiga, F. (2023). Cognitive impairment with Type 2 Diabetes Mellitus among community-dwelling older adults in Chile: Prevalence, risk factors and cognitive characteristics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.1070611>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Cognitive impairment: A call for action, now*. Atlanta, GA: CDC.
- Eze, C. O., Ezeokpo, B. C., Kalu, U. A., & Onwuekwe, I. O. The prevalence of cognitive impairment amongst type 2 diabetes mellitus patients at Abakaliki South-East Nigeria. *J Metab Syndr. (2015) 4: 1*.
- Gulpers, B. J., Voshaar, R. C. O., van Boxtel, M. P., Verhey, F. R., & Köhler, S. (2019). Anxiety as a risk factor for cognitive decline: a 12-year follow-up cohort study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(1), 42-52.
- Hou, Q., Guan, Y., Yu, W., Liu, X., Wu, L., Xiao, M., & Lü, Y. (2019). Associations between obesity and cognitive impairment in the Chinese elderly: an observational study. *Clinical Interventions in Aging, Volume 14*, 367–373.
<https://doi.org/10.2147/cia.s192050>
- Kim, H. G. (2019). Cognitive dysfunctions in individuals with diabetes mellitus. *Yeungnam University journal of medicine*, 36(3), 183-191.
- Kontaxopoulou, D., Fragkiadaki, S., Beratis, I. N., Pavlou, D., Yannis, G., Papanicolaou, A. C., ... & Papageorgiou, S. G. (2016). Incidental and intentional memory performance in depression and amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, 43(5), 675-681.
- Li, Y.-S., Li, J.-B., Wang, J.-J., Wang, X.-H., Jiang, W.-R., Qiu, H.-N., Xia, L.-F., Wu, F., Lin, C.-Y., Liu, Y.-L., & Lin, J.-N. (2024). Risk factors for cognitive impairment in middle-aged type 2 diabetic patients: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 14(1), e074753.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074753>
- Ma, L., Wang, J., & Li, Y. (2015). Insulin resistance and cognitive dysfunction. *Clinica Chimica Acta*, 444, 18–23.
<https://doi.org/10.1016/j.cca.2015.01.027>
- Magliano, D., & Boyko, E. J. (Ed.). (2021). *IDF Diabetes Atlas, 10th edition*. Retrieved from
<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P., & Sorrentino, G. (2018). Effects of physical exercise on cognitive functioning and wellbeing: Biological and psychological benefits. *Frontiers in Psychology*, 9(9).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00509>
- Mohamed, M. M., Hebatallah Nour-Eldein, & Saudi, R. A. (2023). Prevalence of Cognitive Impairment among Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending Family Medicine Clinic in Suez Canal University Hospital. *Suez Canal University Medical Journal*, 26(9).
<https://doi.org/10.21608/scumj.2023.324133>
- Naguib, R., Soliman, E. S., Neimatallah, F. M., AlKhudhairy, N. S., ALGhamdi, A. M., Almosa, R. S., Aldashash, K. A., Alkhalifah, B. Y., & Elmorshedy, H. (2020). Cognitive impairment among patients with diabetes in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1).
<https://doi.org/10.1186/s43045-020-00058-5>



- Ragaa, A., Aly Hamdy, N., Fawzy, M. A., Hamza, N., & Wally, Z. (2023). Cognitive impairment in Diabetes Mellitus. *Journal of advanced Biomedical and Pharmaceutical Sciences*, 6(2), 81-85.
<https://doi.org/10.21608/JABPS.2023.169014.1171>
- Richardson, L., & Adams, S. (2018). Cognitive Deficits in Patients with Depression. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(6), 437-443.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.006>
- Saedi, E., Gheini, M. R., Faiz, F., & Arami, M. A. (2016). Diabetes mellitus and cognitive impairments. *World Journal of Diabetes*, 7(17), 412. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i17.412>
- Sungkarat, S.;Methapatara, P.;Taneyhill, K.;Apiwong, R. (2554)., Sensitivity and Specificity of Seven-Minute Screen (7MS) Thai Version in Screening Alzheimers Disease. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94, 842-848.
- Santisteban, M. M., & Iadecola, C. (2018). Hypertension, dietary salt and cognitive impairment. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38(12), 2112-2128.
- Sebastian, M. J., Khan, S. K., Pappachan, J. M., & Jeeyavudeen, M. S. (2023). Diabetes and cognitive function: An evidence-based current perspective. *World Journal of Diabetes*, 14(2), 92.
- Shaikh, F., Kc, B., Thet Thet Htar, Gupta, M., & Kumari, Y. (2019). Cognitive Dysfunction in Diabetes Mellitus. *IntechOpen EBooks*.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.85940>
- Siddoqi, I. (2021). Sign and symptoms of cognitive disorders. *Journal of Neuroscience and Neuropharmacology*, 7(2), 001.
- Verma, S., Agarwal, S., Tashok, S., Verma, A., & Giri, R. (2021). Cognitive impairment in type 2 diabetes and its impact on daily living and self-care: a case-control study in Kanpur, North India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(4), 102147.
- Wayne, G. (2024). *Impaired thought processes & cognitive impairment nursing care plan and management*. Retrieved from <https://nurseslabs.com/disturbed-thought-processes/>
- Xia, S.-S., Xia, W.-L., Huang, J.-J., Zou, H.-J., Tao, J., & Yang, Y. (2020). The factors contributing to cognitive dysfunction in type 2 diabetic patients. *Annals of Translational Medicine*, 8(4), 104-104.
<https://doi.org/10.21037/atm.2019.12.113>
- Zhang, T., Shaw, M., & Cherbuin, N. (2022). Association between type 2 diabetes mellitus and brain atrophy: a meta-analysis. *Diabetes & metabolism journal*, 46(5), 781-802.



“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้
มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

คำนิยาม :

C: Creative Innovation

A: Agility and diversity

R: Responsibility professional and social

E: Engagement

S: Synergy, sustainable

อัตลักษณ์ :

ใฝ่รู้ ปฏิบัติเป็น เก่งเทคโนโลยี มีจริยธรรม สรรค์สร้างความคิด



Faculty of Nursing
Siam University



Siam University