

วารสารกลุ่ม 2 ได้รับการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN 2985-0150 (Online)

### บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
- ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ
- การพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์
- การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

### บทความวิชาการ

- การวิเคราะห์องค์กรพยาบาล: กรณีศึกษาการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลี่ส์

### คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

ลลิตา ปักเขมมายัง

และคณะ

ณิชารีย์ ลิริชัยวงศ์สกุล

อังลินี กันสุขเจริญ

สุภาภรณ์ เจียวีย์

อัจฉริยา วัชรวิวัฒน์

และคณะ

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

พูนสุข ช่วยทอง

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ

และคณะ

อภิศักดิ์ พุดซ่าย

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์

ภคพร กลิ่นหอม

และคณะ

บุญเรือน ชุ่มแจ่ม

และคณะ

วันดี ชูชื่น

และคณะ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้ บทความวิจัยหรือ บทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็น ผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณาพิชญ์ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ พิจารณาคุณภาพของ บทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ บทความละ 3 ท่าน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีใช้ของกองบรรณาธิการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

### สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย  
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000  
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115  
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

**หมายเหตุ:** บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน  
มีใช้ของกองบรรณาธิการ และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

<p><b>ที่ปรึกษา</b>                  ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา                  ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร                  ศ.พญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว</p> <p><b>บรรณาธิการ</b>                  ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์</p> <p><b>ผู้ช่วยบรรณาธิการ</b>                  ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์                  ดร.รพีพรรณ นาคบุบผา</p> <p><b>กองจัดการ</b>                  อาจารย์วราวุฒิ เกตุอินทร์                  อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์                  นางโสภิษฐ์ มิตรดี</p> <p><b>เจ้าของ</b>                  วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า                  จังหวัดเพชรบุรี                  คณะพยาบาลศาสตร์</p>	<p><b>กองบรรณาธิการ</b>                  ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                  ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช                  ศ.รัตน์ศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                  พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก                  รศ.ดร.สุคุณารณ พยัคฆเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                  รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                  รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช                  รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต                  รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราขนครินทร์                  รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                  รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก                  ผศ.ดร.มนพร ซาดิขานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต                  ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี                  Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์                  ผศ.ดร.อดิญาณ ศรีเกษตริณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี                  ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี                  ดร.จินตนา ทองเพชร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี                  ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี</p>
--	--

**กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ**

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพวารสาร จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) ในกลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านต่อบทความ แบบ Double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 นี้ มีบทความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 10 เรื่อง ดังนี้

บทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง คือ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล 3) ผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ต่อความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 4) ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 5) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ 6) การพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน 7) ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี 8) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ 9) การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง คือ การวิเคราะห์ห้องศัลยกรรม: กรณีศึกษาการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลีส์

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอ บทความที่เป็นประโยชน์ และคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณกองจัดการวารสารทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หากผู้เขียนท่านใดมีความประสงค์จะส่งบทความตีพิมพ์ในฉบับถัดไป คือ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2566 และฉบับถัดไป สามารถติดต่อกับกองจัดการวารสารตามช่องทางที่กำหนด ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 12 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 10-11 เรื่อง

ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการ

## สารบัญ

## □ บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน 1  
 Factors related to Activities of Daily Living among Older Adults in Community  
 ลลิตา ปักเขมาลัยง, นาฏอนงค์ แฝงพงษ์, นิตยา ไสยสมบัติ  
 Lalida Pukemayung, Natanong Faengphong, Nitaya Saisombut
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของ 14  
 นักศึกษาพยาบาล  
 Relationship between Knowledge, Attitudes, and Self-awareness on Safe Sex  
 of Nursing Students  
 ณิชาเรย์ สิริชัยวงศ์สกุล, อังสินี กันสุขเจริญ  
 Nicharee Sirichaiwongsakun, Angsinee Kansukcharearn
- ผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ต่อความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริม 27  
 พัฒนาการเด็กของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี  
 Effect of a Brain-based Learning Parent School Program on Knowledge and  
 Promoting Child Development Behavior among Parent and Caregivers of Early  
 Childhood in Cha-Am City Community, Phetchaburi Province  
 สุภาภรณ์ เจียวยี่  
 Supaporn Jieoyee
- ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 40  
 ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
 Effect of Urinary Excretion Control Training Program in Older People with Urinary  
 Incontinence in Makham Tia Sub-district, Mueang District, Surat Thani Province  
 อัจริยา วัชรวิวัฒน์, พัชณา เฮงบริบูรณ์พงศ์ ใจดี, จิรภัค สุวรรณเจริญ,  
 ปราชญาวดี ยมานันตกุล, สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก, มนต์รี อภัยวงศ์  
 Atchariya Watcharawiwat, Patchana Hengboriboonpong Jaidee, Jirapak Suwanjaroen,  
 Prachayawatee Yamanantakuland, Sarunrak Bunmusik, Montree Apaiwong
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ 52  
 Health Promoting Behaviour among Middle Adulthood Personnel  
 in a Public University  
 สุรงค์ เชื้อวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง  
 Surang Cherwanitchakorn, Poonsook Shuaytong

## สารบัญ (ต่อ)

<p>การพัฒนาารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต้อหิน Development of Self-Regulation and Family Support Model among Glaucoma Patients</p> <p>ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, วิลาวรรณ คมขำ, สุพัตรา สงฆรักษ์ Panisara Songwatthanayuth, Wilaiwan Komkhum, Supattra Songkarak</p>	68
<p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี Factors influencing Medication Administration Errors with Computerized Physician Order Entry System of Nurses in Out-patient Department: A Private Hospital in Chonburi Province</p> <p>อภิศักดิ์ พุดซ้าย, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ Apisak Putsai, Sukanya Chongthawonsatid</p>	88
<p>ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ The Effects of Self-awareness Development Program on Stroke Prevention Behaviors among Hypertensive Patients with BMI Exceeding Standard</p> <p>ภคพร กลิ่นหอม, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์, เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม Pakaporn Klinhom, Jintipa Sirikulwiwat, Ekarin Aoumoum</p>	102
<p>พัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน Development of a Case Management System for Acute Ischemic Stroke Patients</p> <p>บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, พิชญ์พันธุ์ จันทระ, มนพร ชาติขำนิ, อวดี เตชะแก้ว Boonroun Chumjam, Pitchayapan Chantara, Manaporn Chatchumni, Avatee Techakeaw</p>	119
<p><input type="checkbox"/> <b>บทความวิชาการ</b></p>	
<p>การวิเคราะห์องค์กรพยาบาล: กรณีศึกษาการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลีส์ Analysis of Nursing Organizations: A Case Study of Gillies' Nursing Management</p> <p>วันดี ชูชื่น, สุลี ทองวิเชียร, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร, เบญจพร เสาวภา Wandee Choochuen, Sulee Tongvichean, Chutima Panyapinijnugoon, Benjaporn Saovapha</p>	139
<p><input type="checkbox"/> <b>คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ</b></p>	153



## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ของผู้สูงอายุในชุมชน

Factors related to Activities of Daily Living

among Older Adults in Community

ลลิตา ปักเขมาลัย<sup>1\*</sup>, นาฏอนงค์ แผงพงษ์<sup>1</sup>, นิตยา ไสยสมบัติ<sup>1</sup>

Lalida Pukemayung<sup>1</sup>, Natanong Faengphong<sup>1</sup>, Nitaya Saisombut<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: lalidapa@hotmail.com; โทรศัพท์ 086-2635768)

(Received: April 11, 2023; Revised: July 18, 2023; Accepted: August 1, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 146 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทล ซึ่งค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98, .97, .81, และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ( $M = 13.53, SD = 3.23$ ) กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม ประสบการณ์การหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.23, -.22, -.21$  ตามลำดับ) ส่วนความกลัวต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.18$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และกลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม เพื่อส่งเสริมความส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุในชุมชน

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Instructor, Faculty of nursing, Ubon Rajaphat University

## Abstract

The objectives of this descriptive correlation research are to study the ability to perform activities of daily living among the older adults and to study the factors related to the activities of daily living among older adults in community dwelling. The sample consists of 146 older people in the health service area of a health promotion hospital in Ubon Ratchathani Province, Thailand. The research instrument includes a personal data interview guide, perceived severity of a fall, fear of falling, management strategy fear of falling, and Barthel activities of daily living index. The confidence values for Cronbach's alpha coefficients are .98, .97, .81, and .82, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results show that the older people can perform activities of daily living at the level of mild dependence ( $M = 13.53$ ,  $SD = 3.23$ ) and Barthel activities of the daily living index are negatively correlated to the management strategy fear of falling, perceived severity of the fall, and fall experience low levels are statistically significant at the .01 level ( $r = -.23$ ,  $-.22$ ,  $-.21$ , respectively). Fear of falling was negatively correlated at a low level and is statistically significant at .05 ( $r = -.18$ ).

Research results show that should focus on falling. Perceived severity of fall, fear of falling and management strategy fear of falling to promote confidence in the activities of daily living among the older people in the community.

**Keywords:** Factors, Activity of daily living, Older adults in the community

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเป็นวัยผู้สูงอายุ พบว่า มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021) การมีอายุมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพเปราะบางได้ง่าย นำไปสู่การทำงานทางกายภาพที่ลดลง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย คือ การหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน มีอาการซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนภาวะเปราะบาง ซึ่งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นความสามารถด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ และ

กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (Jitapunkul et al., 1994) ปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยคือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างน้อยหนึ่งกิจกรรม ร้อยละ 29.4 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เองหรือต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 17.4 รองลงมา คือ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได และการกลั้นการถ่ายอุจจาระ (Pekalee & Vatanasomboon, 2021) ส่วนในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อยหนึ่งกิจกรรม ร้อยละ 41 ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางกายบกพร่อง อาจนำไปสู่การรับรู้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง (Ehlers et al., 2017) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรม ซึ่งกล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง หรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ก็มีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้นสูง (Bandura, 1977)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีภาวะซึมเศร้า (Pattana et al., 2021) การมีโรคร่วม มีความกลัวการหกล้ม การจำกัดกิจกรรมตนเอง เคยหกล้มมาก่อน และได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม (Pekalee & Vatanasomboon, 2021) ทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามระดับของความรุนแรงของการหกล้ม ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เพราะกลัวการหกล้มซ้ำ เมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ อาจต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ในระยะยาวอาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวและสังคมตามมา (Phongphanngam & Nawai, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ความกลัวต่อการหกล้มมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หากมีความกลัวการหกล้มระดับเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังมากขึ้น ถ้าหากมีความกลัวการ หกล้มระดับรุนแรง จะทำให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดกิจกรรมตนเองมากขึ้น (Noimontree, 2018) ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้ม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมขณะเดินโดยการจับคนพุงหรือสิ่งยึดเกาะแน่น ก้มมองเท้าตนเอง ใช้เวลาในการเปลี่ยนท่าหรือเดินมากกว่าปกติ หรือหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว (Thongcharoen, 2015) เพราะความกลัวมีผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งมักเกิดหลังจากเคยหกล้มแล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที มีภาวะเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดความพิการ มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และกลายเป็นภาระของคนอื่น (Boongird, 2018) จึงลดการทำกิจกรรมบางส่วนหรือให้คนอื่นทำกิจกรรมแทน ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อคงความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Noimontree, 2018) อย่างไรก็ตาม การจำกัดหรือการงดการทำกิจกรรมเป็นเวลานาน ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มวลกล้ามเนื้อและกำลังของกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง กระดูกและข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง การทรงตัวไม่ดี ทำให้การรับรู้สมรรถนะสุขภาพของ

ตนเองลดลง เกิดความไม่มั่นใจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Latorre-Roman et., al 2018)

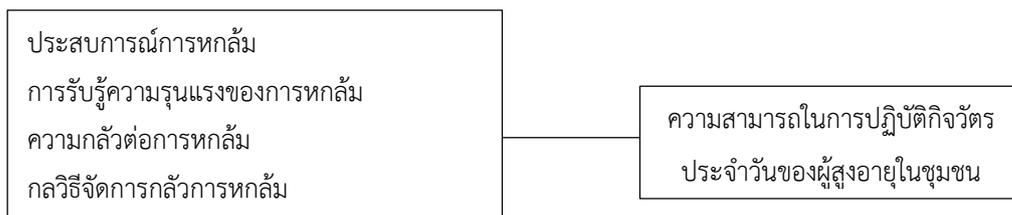
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุ ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และลดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และกลวิธีจัดการกลัวการหกล้มกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสูง แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีการได้ยินและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 2) การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test: CMT) มีคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป (Jitapunkul et al., 1996) และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการป่วยหรือให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\* Power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007) กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (bivariate normal model) ในการทดสอบแบบสองทาง กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .23 ตามความสัมพันธ์ระดับต่ำ ( $r$ ) (Srisaard, 2017) โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 146 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (CMT) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการนึกคิด การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการตัดสินใจ จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน โดย 0-4 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดอย่างรุนแรง 5-9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดปานกลาง 10-14 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดเล็กน้อย และ 15-19 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านการนึกคิด แบบประเมินนี้มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 100 มีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 90 มีค่า test-retest kappa coefficient เท่ากับ .65 และมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .81 (Jitapunkul et al., 1996)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำ และประสบการณ์การหกล้ม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการหกล้ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง รุนแรง

น้อย 2 คะแนน หมายถึง รุนแรงปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก และ 4 คะแนน หมายถึง รุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง กลัวน้อย 2 คะแนน หมายถึง กลัวปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง กลัวมาก และ 4 คะแนน หมายถึง กลัวมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลวิธีจัดการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคย 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ

แบบประเมินส่วนที่ 2, 3 และ 4 คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Srisaard, 2017)

คะแนนระหว่าง 3.51-4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะพึ่งพาล็กน้อย (Jitapunkul et al. 1994)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ 2 ท่าน และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.66-1.00 (Srisaard, 2017) และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .97, .98, .81, และ .82 ตามลำดับ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลออกจากคณะพยาบาลศาสตร์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ก็ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายคน โดยอ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความคิดเห็น และความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ไม่มีการชี้นำหรือบังคับใด ๆ พร้อมทั้งทำการบันทึกคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อลงในแบบสัมภาษณ์ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

4. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน โดยโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การหกล้ม ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (Srisaard, 2017)

$r > .70$  หมายถึง ระดับสูง

$r = .30 - .70$  หมายถึง ระดับปานกลาง

$r < .30$  หมายถึง ระดับต่ำ

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสรับรองจริยธรรมเลขที่ SSJ.UB 2563-066 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2563

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.87 อายุเฉลี่ย 68.57 ปี เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 69.18 มีโรคประจำตัวคิดเป็น ร้อยละ 70.55 มียารับประทานเป็นประจำคิดเป็น ร้อยละ 68.49 ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้มคิดเป็นร้อยละ 74.66 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชน (n = 146)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี) (M = 68.57, SD = 6.13)</b>		
60 - 69	102	69.87
70 - 79	31	21.23
มากกว่า 80	13	8.90
<b>เพศ</b>		
หญิง	101	69.18
ชาย	45	30.82
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	43	29.45
มี	103	70.55
<b>ยารับประทานเป็นประจำ</b>		
ไม่มี	46	31.51
มี	100	68.49
<b>ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (M = 2.9 ครั้ง, SD = 1)</b>		
ไม่เคย	109	74.65
เคย 1 ครั้ง	19	13.03
เคย 2 ครั้ง	8	5.48
เคย $\geq 3$ ขึ้นไป	10	6.84

2. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาเล็กน้อย ( $M = 13.53, SD = 3.23$ ) มีความกลัวต่อการหกล้มระดับมาก ( $M = 2.92, SD = .81$ ) มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก ( $M = 2.65, SD = .81$ ) และมีกลวิธีจัดการกลัวการหกล้มระดับมาก ( $M = 2.54, SD = .72$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ( $n = 146$ )

ตัวแปร	$M$	$SD$	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	13.53	3.23	มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย
ความกลัวต่อการหกล้ม	2.92	.81	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม	2.65	.81	มาก
กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม	2.54	.72	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และกลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม ประสบการณ์การหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความกลัวต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) และระดับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม กลวิธีจัดการกลัวการหกล้มกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน ( $n = 146$ )

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ )	ระดับ
กลวิธีจัดการกลัวการหกล้ม	-.23**	ต่ำ
ประสบการณ์การหกล้ม	-.22**	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม	-.21**	ต่ำ
ความกลัวต่อการหกล้ม	-.18*	ต่ำ

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

### การอภิปรายผล

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ( $M = 13.53$ ,  $SD = 3.23$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mortazavi et al. (2021) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อมถอย มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางและมวลกระดูกลดลง เซลล์กล้ามเนื้อลดลงกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ทำให้กำลังและความแข็งแรงลดลง การทำงานประสานกันระหว่างกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย (Eliopoulos, 2018) ทำให้การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็น

ในการดูแลตนเอง และตอบสนองความต้องการทางร่างกายได้ไม่เหมาะสม เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัวจากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง นำมาซึ่งความต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากบุคคลอื่น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.57 ปี มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 70.55 ต้องรับประทานเป็นประจำร้อยละ 68.49 โดยเฉพาะยาลดความดันโลหิตซึ่งอาจทำให้หน้ามืดวิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอิริยาบถทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย (Thongcharoen, 2015) และเคยมีประสบการณ์หกล้ม ร้อยละ 25.35 จึงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลวิธีจัดการกลั้วการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการมีกลวิธีจัดการกลั้วการหกล้มที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ พอใจในความสามารถของตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งพาคือคนอื่น เช่น การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง มีการทรงตัวดี และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย (Thongcharoen, 2015) การวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีกลวิธีจัดการกลั้วการหกล้มสูงสุดคือ มีการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ยำกัดของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ยำกัดต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Pekalee & Vatanasomboon, 2021) และรองลงมาคือ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัย

ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากการหกล้มทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานที่ร่างกาย อวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บอาจมีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Eliopoulos, 2018) การหกล้มหลายครั้งอาจก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายในผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว สูญเสียความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้มีความต้องการการช่วยเหลือจากคนอื่นเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อสังคมตามมา (Tangjirawattana & Vudhironarit, 2019) ผู้สูงอายุที่หกล้มหลายครั้ง อาจทำให้เกิดความพิการ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพที่ยาวนานมากกว่าวัยอื่น ทำให้กำลังของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง และสูญเสียสภาพความแข็งแรงมากขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง ในระยะยาวอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง สอดคล้องกับการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Ha et al., 2021)

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงมีผลต่อสภาพจิตใจและความมั่นใจ เพราะการรับรู้ว่าการหกล้มทำให้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีความพิการในอนาคต (Ha et al., 2021) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก คือ หกล้มแล้วบาดเจ็บรุนแรง ทำให้เกิดความพิการ และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมาก ทำให้มีข้อจำกัดหรือความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ต้องพึ่งพาคนอื่นบางส่วนหรือทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษาในประเทศอินเดีย ปี 2017–2018 พบว่า ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงในผู้สูงอายุ (Nagarkar & Kulkarni, 2022)

ความกลัวต่อการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในชุมชน อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความกลัวต่อการหกล้มมากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากความกลัวส่งผลต่อความมั่นใจ ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มระดับเล็กน้อยอาจมีความระมัดระวังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น แต่ถ้าหากมีความกลัวต่อการหกล้มระดับรุนแรง อาจทำให้ผู้สูงอายุจำกัดกิจกรรมที่เคยทำในชีวิตประจำวันตั้งแต่กิจกรรมที่ง่ายไปจนถึงกิจกรรมที่ซับซ้อน (Noimontree, 2018) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกลัวว่าหกล้มแล้วไม่มีใครช่วยเหลือ เกิดความพิการ เสียชีวิต เป็นภาระของคนอื่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และคุณภาพชีวิตแย่ลง ทำให้สูญเสียความมั่นใจและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การหกล้ม และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Mortazavi et al., 2021)

## ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่จำกัดอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงแห่งเดียว ควรมีการกระจายการศึกษาเพิ่มในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความกลัวต่อการหกล้ม และกลวิธีจัดการการหกล้ม เพื่อส่งเสริมความส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน
2. นำข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไปใช้ในการให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เกิดความปลอดภัย

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยจำแนกตามกลุ่มอายุและปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น ด้านสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Physiological Review, 84*(2), 191-215.
- Boongird, C. (2018). *Falling in the older adults: Prevention and management in family medicine*. Sahamit Pattana Printing. (in Thai)
- Ehlers, D. K., Banducci, S. E., Daugherty, A. M., Fanning, J., Awick, E. A., Porter, G. C., Burzynska, A., Shen, S., Kramer, A.F., & McAuley, E. (2017). Effects of gait self-efficacy and lower-extremity physical function on dual-task performance in older adults. *BioMed Research International, 2017*, Article 8570960. <https://doi.org/10.1155/2017/8570960>
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (9<sup>th</sup> ed.). Williams & Wilkins.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. *Situation of the Thai older persons*. (2021). Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. *Situation of the Thai Older Persons*. (2017). Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Ha, V. A. T., Nguyen, T. N., Nguyen, T. X., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. T. H., Nguyen, A. T., Pham, T., & Vu, H. T. T. (2021). Prevalence and factors associated with falls among older outpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), Article 4041. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084041>.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, S., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of the Medical Association of Thailand, 77*(5), 231-238.
- Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, P., Srikiatkachorn, A., Ebrahim, S. (1996). Chula mental test: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(8), 715-720.

- Latorre-Roman, P. A., Laredo-Aguilera, J. A., Garcia-Pinillos, F., Soto-Hermoso, V. M., & Carmona-Torres, J. M. (2018). Physical activity, weight and functional limitations in elderly Spanish people: the National Health Survey (2009–2014). *The European Journal of Public Health, 28*(4), 778–783. <https://doi:10.1093/eurpub/ckx219>
- Mortazavi, H., Tabatabaeichehr, M., Taherpou, r M., Masoumi, M. (2021). The relationship between activities of daily living, falls and fear of falling in older adults: A cross-sectional study. *Bangladesh Journal of Medical Science, 20*(2), 420-425. <https://doi:10.3329/bjms.v20i2.51559>
- Nagarkar, A., & Kulkarni, S. (2022). Association between daily activities and fall in older adults: An analysis of longitudinal ageing study in India (2017–18). *BMC Geriatrics, 22*, Article 203. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02879-x>
- Noimontree, W. (2018). Fear of falling: Geriatric syndrome and nursing role using evidence-based practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 26*(3), 92-101. (in Thai)
- Pattana, K., Sarachan, A., Faksuk E., Suwonnarop, N., Yuttatri, P., & Thosingha, O. (2021). Factors related to the level of daily living activity among elderly people living in low-cost apartment. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 22*(3), 488-497. (in Thai)
- Pekalee, A., & Vatanasomboon, P. (2021). The limited activities of daily living (ADLs) among Thai older adults: The evidence from the 2017 national survey of older persons in Thailand. *Thai Journal of Health Education, 44*(1), 49-59. (in Thai)
- Phongphanngam, S., & Nawai, A. (2020). Falls, fear of falling, and activity avoidance due to fear of falling among Thai community-dwelling older adults living in suburban Chiang Mai Thailand. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 22-38. (in Thai)
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary research* (10<sup>th</sup> ed). Suweeriyasan. (in Thai)
- Tam Yae Health Promoting Hospital. (2020). *Information on the elderly in 2020*. Tam Yae Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Tangjirawattana, M., & Vudhironarit, S. (2019). Predictive factors of fear of falling among elderly. *Journal of Health Science Research, 13*(2), 30-40. (in Thai)
- Thongcharoen, V. (2015). *The art and science of the elderly nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). NP Press. (in Thai)



## บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้

เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

Relationship between Knowledge, Attitudes, and Self-awareness on  
Safe Sex of Nursing Students

ณิชารีย์ สิริชัยวงศ์สกุล<sup>1</sup>, อังสินี กันสุขเจริญ<sup>2\*</sup>

Nicharee Sirichaiwongsakun<sup>1</sup>, Angsinee Kansukcharearn<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: angsinee@pckpb.ac.th; โทรศัพท์ 080-9950894

(Received: May 9, 2022; Revised: August 5, 2023; Accepted: August 14, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลเพศหญิง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ปีการศึกษา 2562 จำนวน 212 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .70 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และแบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 14.09, SD = 1.87$ ) มีทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.94, SD = 1.105; M = 4.20, SD = 1.04$ ) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = .28$ ) ในขณะที่ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .68$ ) กับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ส่งเสริมความรู้และทักษะ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรู้, ทักษะ, ความตระหนักรู้, เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

Registered Nurse (Practical Level), Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon Province

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomkiao Collage of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

## Abstract

This descriptive correlation research aims to study the knowledge and attitudes towards self-awareness of safe sex among nursing students. The sample consisted of female nursing students from the bachelor's degree program in nursing science in a nursing educational institute in the Western part of Thailand during the 2019 academic year. A simple random technique was used to recruit 212 female nursing students from each class. To collect data, a questionnaire included 4 parts: 1) personal data, 2) Knowledge of safe sex, 3) safe sex attitudes and 4) safe sex self-awareness, was used. The questionnaire underwent testing for content validity and reliability. The reliability is reported by KR-20 as .70, and the questionnaires' reliability using Cronbach's alpha coefficient is .84 and .81, respectively from the data which have been analyzed by descriptive statistics method and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results indicated that the subjects' knowledge about safe sex was at a moderate level ( $M = 14.09$ ,  $SD = 1.87$ ). There is a low positive correlation between safe sex knowledge and safe sex awareness, and this correlation is statistically significant at the .01 level ( $r = .28$ ). Regarding attitudes about safe sex and awareness of safe sex, the samples demonstrate a high level of attitudes ( $M = 3.94$ ,  $SD = 1.105$ ) and awareness ( $M = 4.20$ ,  $SD = 1.04$ ). Additionally, there is a high positive correlation ( $r = .68$ ) between safe sex attitudes and safe sex awareness, which is statistically significant at the 0.01 level.

The finding suggests that educational institutions play an important role in promoting knowledge and attitudes about safe sex among bachelor's degree students to prevent unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Self-awareness, Safe sex, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีเพศสัมพันธ์สำหรับช่วงวัยที่เข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาโดยไม่มีการป้องกัน เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งชายและหญิง ซึ่งเป็นปัญหาที่ประเทศไทยต้องเผชิญ และเร่งหาแนวทางแก้ไข จากข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้นและอายุน้อยลง และมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากข้อมูลปี 2564 พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรในอัตรา 24.4 ต่อ 1,000 คน และอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2553 จาก 80.8 ต่อแสนประชากร เป็น 131.2 ต่อแสนประชากร ในปี 2564 (Bureau of reproductive Health Department

of Health, Ministry of Public Health, 2021) และการตัดสินใจทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด และติดเชื้อ ส่งผลให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หรือถ้าปล่อยให้การตั้งครรภ์วัยรุ่นดำเนินต่อไปจนคลอด ก็จะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาทั้งต่อตัววัยรุ่นเองและทารกในครรภ์ ทารกแรกเกิดอาจมีน้ำหนักตัวน้อยและมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (Yudthachawit, 2019) และนอกจากการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์แล้ว ผลจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ยังสามารถทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ จากรายงานของกรมอนามัยในปี 2565 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อม และท่อน้ำเหลือง พบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (Bureau of reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมกรณีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศที่ไม่เหมาะสม เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศในระดับต่ำ (Muanphetch et al., 2019) และ นักศึกษาชายคนหนึ่งในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 64 (Niltow et al., 2021) รวมทั้ง วิธีการคุมกำเนิดที่นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 90.4 แต่ยังพบพฤติกรรมกรณีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐ ได้แก่ กินยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 57.2 กินยาคุมฉุกเฉิน ร้อยละ 36.6 และหลังสุจีภายนอกช่องคลอด ร้อยละ 32 (Morakul et al., 2020) และมีนักศึกษาเพียง ร้อยละ 40.9 ที่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (Baokhumkong & Kata, 2019) ซึ่งการจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยวิธีที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนคือ การใช้ถุงยางอนามัย เพราะเป็นวิธีเดียวที่สามารถป้องกันได้ทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) แต่ในทางกลับกัน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาไม่ใช้ถุงยางอนามัยและไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะขณะมีอาการมีนเมาจากการดื่มสุรา และสารเสพติด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (Niltow et al., 2021; Phuasa, 2021) ใช้ถุงยางอนามัยแล้ว ความสุขลดลงและไวใจคู่รักจึงไม่ใช้ถุงยางอนามัย (Niltow et al., 2021) แสดงให้เห็นว่า ยังมีวัยรุ่นจำนวนมากที่ขาดความรู้และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักระหว่างเรียนสามารถทำได้ ถ้าต่างคนต่างรับผิดชอบการเรียนให้สำเร็จตามเป้าหมาย ไม่ทำให้เสียการเรียน สามารถทำได้ถ้ามีการป้องกันการตั้งครรภ์ และ การจับมือโอบกอด ลูบไล้ร่างกายกันก็เป็นเรื่องธรรมดาของคนที่เป็นแฟนหรือคนรักกัน (Phothavorn et al., 2018; Baokhumkong & Kata, 2019) รวมทั้ง ความตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรียังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ปฏิบัติบ่อยที่สุดคือ การอยู่กับแฟนตามลำพัง แม้ว่าส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้ในความเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับที่ดี (Thasiri, 2020) ซึ่งการมีความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมาก จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่

สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคลากรทางสาธารณสุข จะต้องคำนึงถึงและศึกษาประเด็นดังกล่าวเพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไขและลดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เรื่องการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์

ผลของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหญิงที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษามากที่สุดคือ ปัญหาของการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และไม่ได้วางแผน เนื่องจากอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ไม่พร้อมต่อการตั้งครภ์ ทั้งในเรื่องปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดผลลบต่อการเรียนและสภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Yudthachawit, 2019; Rattanawong, 2022) และในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในระดับอุดมศึกษา และปฏิบัติงานในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ ที่ถูกคาดหวังว่าจะมีสมรรถนะที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ภาวะแทรกซ้อน แต่ในสภาพจริงกลับพบว่ามีนักศึกษาพยาบาลจำนวนหนึ่งมีการตั้งครภ์ ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

จากผลสำรวจของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่ามีนักศึกษาจำนวน 1-2 คน ในแต่ละปีการศึกษามีการตั้งครภ์ขณะเรียน และต้องพักการเรียนชั่วคราวเพื่อไปจัดการดูแลคลอดบุตรและดูแลบุตร (Phothavorn et al., 2018) แม้ว่าจะมีจำนวนที่ไม่มาก แต่ผลจากการตั้งครภ์ ส่งผลให้นักศึกษาต้องรอนเรียนกับนักศึกษารุ่นถัดไป ไม่สามารถจบการศึกษาตามหลักสูตรได้ อีกทั้ง ยังมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการรับทุนการศึกษาของแหล่งทุนต้นสังกัดที่เกินจากระยะเวลาศึกษาปกติ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ กับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากยังมีผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ค่อนข้างน้อยและเพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ไปเป็นข้อเสนอแนะหรือเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของนักศึกษาต่อไป

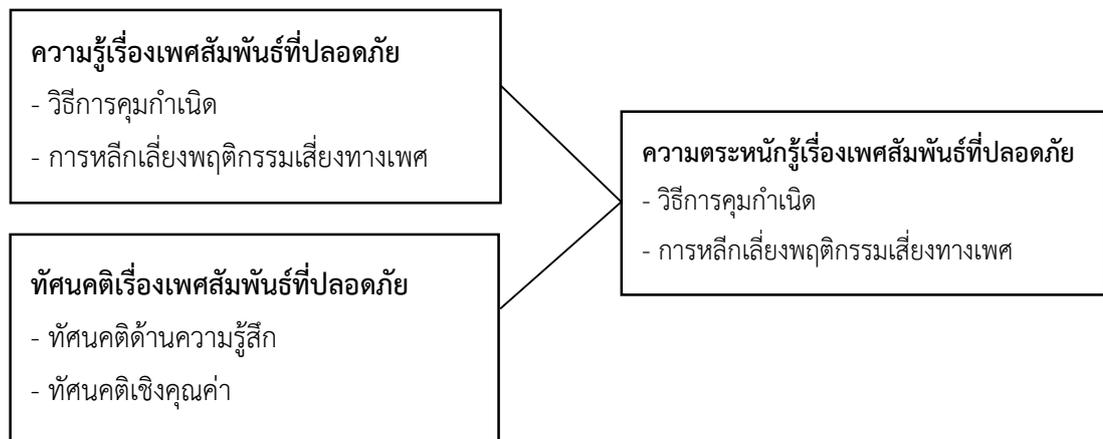
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ต่อความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

### กรอบแนวคิดในวิจัย

ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดการกระตุ้นจากสิ่งเร้า หรือรับสัมผัสสิ่งเร้าแล้วจะเกิดความรู้ เมื่อรับรู้ขึ้นไปก็จะเข้าใจสิ่งเร้านั้น เกิดความคิดรวบยอดนำไปสู่การเรียนรู้ คือมีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด (Carter, 1973) และเป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความเชื่อ ทักษะ และความคิดเห็นเชิงคุณค่าของตนที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ (Goleman, 1998) ดังนั้น ความตระหนักรู้เรื่อง

เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จึงเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และทัศนคติด้านความรู้สึกรู้สึกและทัศนคติเชิงคุณค่าเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

### สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลเพศหญิง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 373 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลเพศหญิง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก ในปีการศึกษา 2562 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูป (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Stanley et al., 1990) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาล สื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยขั้นตอนแรกเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified Random sampling) อย่างมีสัดส่วน โดยใช้ชั้นปีที่กำลังศึกษาเป็นชั้นภูมิ และในชั้นที่ 2 เป็นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละชั้นปี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 1 - 4 เท่ากับ 50, 44, 70, 49 คน ตามลำดับ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับชั้น และ ประสบการณ์การมีแฟน มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการวิจัยของ Sriring et al. (2014) จำนวน 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด จำนวน 14 ข้อ และความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบใช่หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน และตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม มีคะแนนระหว่าง 0-19 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนในรายด้านและโดยรวมโดยใช้แบบอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 60% หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 60-79% หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 80% หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการวิจัยของ Tienchaitat et al. (2016) จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติด้านความรู้สึกรู้สึก จำนวน 7 ข้อ และทัศนคติเชิงคุณค่า จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนนระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนตรงกันข้ามกัน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการงานวิจัยของ Yungyuen et al. (2011) จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตระหนักรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด จำนวน 5 ข้อ และความตระหนักรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนนระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนตรงกันข้ามกัน

แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 คิดคะแนนเฉลี่ย และมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม ออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

ระหว่าง 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ระหว่าง 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 4.21 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ด้านเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ด้านการพยาบาลมารดาทารก 1 ท่าน และด้านการตั้งครรภ์วัยรุ่น 3 ท่าน และวิเคราะห์ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index for Scale: S-CVI) เท่ากับ .93 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่างสถาบันที่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ใช้สูตร Kuder-Richardson-20 เท่ากับ .70 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เท่ากับ .84 และ .81 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2563 โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือ มีลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แจกแบบสอบถามที่บรรจุซองปิดผนึก ให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาครบถ้วน ร้อยละ 100 ตรวจสอบความครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนความรู้ ทัศนคติ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทุกตัวแปรผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test of Normality และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ ทั้งทางบวกและลบ ( $r$ ) ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Wanichbuncha, 2006) ดังนี้

ค่า $r < \pm .20$	หมายถึง ระดับต่ำมาก
ค่า $r$ ระหว่าง $\pm .21$ ถึง $\pm .40$	หมายถึง ต่ำ
ค่า $r$ ระหว่าง $\pm .41$ ถึง $\pm .60$	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่า $r$ ระหว่าง $\pm .61$ ถึง $\pm .80$	หมายถึง ระดับสูง
ค่า $r > \pm .81$	หมายถึง ระดับสูงมาก

## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ หมายเลขโครงการ PCKCN 35/2562 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลหรือคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า นักศึกษาพยาบาลหญิงมีอายุน้อยที่สุดคือ อายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.60 อายุมากที่สุด คือ 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.90 อยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 23.40 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 32.90 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 20.30 และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 23.40 ส่วนใหญ่มีแฟนหรือเคยมีแฟนมากที่สุด ร้อยละ 66.51 และไม่มีแฟนหรือไม่เคยมีแฟน ร้อยละ 33.49

2. ระดับของความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 14.09, SD = 1.87$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดมีค่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 10.40, SD = 1.90$ ) ส่วนด้านความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีค่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.50, SD = 1.75$ ) ทักษะคิดเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.94, SD = 1.11$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกละอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.10, SD = 1.10$ ) และทักษะคิดเชิงคุณค่าอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.83, SD = 1.11$ ) และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.20, SD = 1.04$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านวิธีการคุมกำเนิดอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.01, SD = 1.10$ ) ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.33, SD = .99$ ) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของ ความรู้ ทักษะ และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล ( $n = 212$ )

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
<b>ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (คะแนนเต็ม 19 คะแนน)</b>			
วิธีการคุมกำเนิด (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	10.40	1.90	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	4.50	1.75	มาก
<b>ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</b>	<b>3.94</b>	<b>1.11</b>	<b>มาก</b>
ความรู้สึก	4.10	1.10	มาก
เชิงคุณค่า	3.83	1.11	มาก
<b>ความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</b>	<b>4.20</b>	<b>1.04</b>	<b>มาก</b>
วิธีการคุมกำเนิด	4.01	1.10	มาก
การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	4.33	.99	มากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .28$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าวิธีการคุมกำเนิด และ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .23, .28$  ตามลำดับ) และทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .68$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า วิธีการคุมกำเนิดและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .65, .68$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างความรู้ ทักษะ กับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	$r$	ระดับ
<b>ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</b>	<b>.28*</b>	<b>ต่ำ</b>
- วิธีการคุมกำเนิด	.23*	ต่ำ
- การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	.28*	ต่ำ
<b>ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย</b>	<b>.68**</b>	<b>สูง</b>
- วิธีการคุมกำเนิด	.65**	สูง
- การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	.68**	สูง

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

## การอภิปรายผล

### 1. ระดับของความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีค่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาเป็นวัยรุ่นตอนปลายได้รับความรู้ ตั้งแต่การเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา จึงทำให้มีความรู้เรื่องเพศพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการกับอารมณ์ตนเอง รวมทั้งเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และเมื่อเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา ทำให้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การคุมกำเนิดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chukwu et al. (2017) ศึกษาในระดับความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัย Maiduguri ประเทศไนจีเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yudthachawit (2019) พบว่าสาเหตุของการตั้งครรภ์ระหว่างเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่า ทุกรายที่ตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้คุมกำเนิด ละเลยเรื่องการตั้งครรภ์ และคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี

ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เป็นไปตามหลักการที่ว่าเมื่อนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีความรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองทั้งด้านการเรียน ความรัก และเพศสัมพันธ์ที่มีความรับผิดชอบและปลอดภัยมากขึ้น (Areemit et al., 2016) และการเป็นนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การพยาบาลเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น การพยาบาลช่วงวัยผู้ใหญ่ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาล มีทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

ความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เป็นไปตามหลักการที่ว่าเมื่อนักศึกษาเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีความรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองทั้งด้านการเรียน ความรักและมีความตระหนักในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น (Areemit et al., 2016) และเป็นไปตามทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของ Carter (1973) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการสัมผัสสิ่งเร้าเรื่องข้อมูล ทำให้เกิดความรู้ และเมื่อให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเมื่อบุคคลรับรู้ เข้าใจ เกิดความคิดรวบยอดนำไปสู่การเรียนรู้ คือมีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอีกด้วย

### 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ต่อความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยรวม ( $r = .28$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก การเป็นนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่

ปลอดภัยและความเสี่ยงทางเพศ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาล มีความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Promma (2021) พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูง โดยมาจากการมีความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและวิธีคุมกำเนิดในรูปแบบการกินยาคุม ยาคุมฉุกเฉินเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยรวมถึงหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายด้วยเช่นกัน (Inthavong et al., 2020)

ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาล ( $r = .68$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chukwu et al. (2017) ที่พบว่าทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ป้องกันการติดโรคเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษา และสอดคล้องกับแนวคิดของ Goleman (1998) ที่กล่าวว่า ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติและความคิดเห็นเชิงคุณค่าของตนที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนั้น การมีทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสูง จะส่งผลต่อความตระหนักรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phothavorn et al. (2018) ศึกษาเรื่อง ทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนของนักศึกษาที่กำลังจะเข้าเรียนปี 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เห็นด้วยระดับน้อย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียน กล่าวได้ว่าเป็นความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ที่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษา ซึ่งความตระหนักนี้จะนำไปสู่ความเข้าใจและการรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ จะเห็นได้ว่า ทัศนคติเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนแม้ว่าจะมีน้อยแต่ยังคงมีอยู่ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องปลูกฝังทัศนคติเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกิจกรรมบริการวิชาการในสถานศึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบุคคลทั่วไปที่สนใจโดยเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อให้ผู้สนใจเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้ง ประชาสัมพันธ์สื่อออนไลน์ของกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้นักศึกษา สามารถเข้าถึงความรู้และสามารถนำไปใช้กับตนเองและเผยแพร่ให้คำแนะนำกับกลุ่มวัยรุ่น และผู้สนใจได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดย และวิธีการคุมกำเนิดอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Areemit, R., Inew, S., Manabriboon, B., Hongsanguansri, S. & Jaruratanasirikul, S. (2016) *Textbook of adolescent medicine*. Royal College of Pediatricians of Thailand and Adolescent Health Club. (in Thai)
- Baokhumkong, C., & Kata, S. (2019). Factors associated with risk behavior of HIV infection and sexually transmitted diseases of students: The case study in Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 26(1), 66-76. (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3<sup>rd</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Annual report 2021*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/download/?did=211184&id=97083&reload=> (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *The correct way to put on a condom*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/how-to-put-on-a-condom/>. (in Thai)
- Carter, V. G. (1973). *Dictionary of education*. McGraw – Hill.
- Chukwu, E. O., Iornengen, E. M., Fiase, T. M., Chia, T., Haruna, H., & Hamina, D. (2017). Knowledge and practice of safe sex among students of College of Medical Sciences, University of Maiduguri, Borno State, Nigeria. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 6(1), 16-24. <http://dx.doi.org/10.14303/JRNM.2017.023>
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam Books.
- Inthavong, K., Ha, L. T. H., Anh, L. T. K., & Sychareun, V. (2020). Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school students, Vientiane Prefecture, Lao PDR. *Global Health Action*, 13(sup2), Article 1785159. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1785159>
- Morakul, N., Samakkeekarom, R., Somkong, P., Inkumpan, K., Suansorn, T., Kinnon, C., & Mongkolsomrit, S. (2020). Factors associated with methods of birth control among undergraduate students in a public university. *Interdisciplinary Studies Journal*, 20(2), 86-97. (in Thai)
- Muanphetch, C., Maharachapong, N. & Abdullakasim P. (2020). Sexual media literacy and sexual behaviors among adolescents in Thailand. *Journal of Health Science Research*. 14 (2). 23-33. (in Thai)
- Niltow, U., Jirapornkul, C. & Maneenin, N. (2021). Condom use behavior among students in the university. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(1), 47-59. (in Thai)

- Phothavorn, P., Pensuwan, A, Wongyai, S. & Sukkaew, N. (2018). Prospective nursing students: Factors related to attitude towards sexual intercourse while studying. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 5(3), 96-109. (in Thai)
- Phuasa, A. (2021). Prevalence and factors associated with adolescent sexual risk and substance abuse behaviors in Chom Phra District, Surin Province. *Thai Journal of The Office of DPC7 Khon Kaen*, 28(3), 1-11. (in Thai)
- Promma, N. (2021). Perceived self-efficacy of unwanted pregnancy prevention among students in a university. *Journal of Health Science*, 30(1), 5-13. (in Thai)
- Rattanawong, P. (2022). Case study: Pregnancy in college. *Education Journal Faculty of Education, Nakhon Sawan Rajabhat University*, 5(2), 38-52. (in Thai)
- Sriring, P., Chanaboon, S., & Konroochinapong, K. (2014). Knowledge, attitude, intention and factors affecting intention to prevent unwanted pregnancy and safe sex of teenagers Khon Kaen Province. In Khon Kaen University, 4<sup>th</sup> Academic Conference on Sustainable Rural Development 2014, *Rethink: Social Development for Sustainability in ASEAN Community* (pp. 470-477). Khon Kaen University. (in Thai)
- Stanley, L., David, W. H., Janelle, K., & Stephen, K. L. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Wiley.
- Thasiri, J. (2020). The awareness of sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases among undergraduate student at a private university in Bangkok. In Bangkok Thonburi University, 9<sup>th</sup> National Research Presentation Conference “Creating a New Innovation for A New Lifestyle”. Bangkok Thonburi University. (in Thai)
- Tienchaitat, C., Masingboon, K., & Watcharasin, J. (2016). A causal model for safe sexual behavior among adolescent girls. *Journal of Phrapokklao College of Nursing Chanthaburi*, 27(2), 78-94. (in Thai)
- Wanichbuncha, K. (2006). *Statistics for research* (3<sup>rd</sup> ed.). Chulalongkorn University Printing House.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, introductory analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Harper and Row.
- Yudthachawit, A. (2019). Life experience to pregnancy in graduate students. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(2), 25-40. (in Thai)
- Yungyuen, S., Mahaweerawat, U., Somdee, T. & Songklang, S. (2011). Awareness of safe sex for adolescents. *Science and Technology Journal Mahasarakham University*, 29(4), 420-427. (in Thai)



## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ต่อความรู้  
และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย  
ในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Effect of a Brain-based Learning Parent School Program on Knowledge and  
Promoting Child Development Behavior among Parent and Caregivers of  
Early Childhood in Cha-Am City Community, Phetchaburi Province

สุภาภรณ์ เจียวยี่<sup>1\*</sup>

Supaporn Jieoyee<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: arhuaang@gmail.com; โทรศัพท์ 082-6354265)

(Received: June 11, 2023; Revised: August 2, 2023; Accepted: August 7, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมองในพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในชุมชนเทศบาลเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 60 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง “การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน” และ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 12.31, 15.61$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อส่งผลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่ดีและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง, เด็กปฐมวัย, การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Cha-Am Hospital, Phetchaburi province

## Abstract

This research is a quasi-experimental study which aims to study the effects of the parent school program according to the principles of brain development (Brain-based learning) in parents and early-childhood caregivers in the community of Cha-am municipality, Phetchaburi Province. The sample group consists of 60 parents and caregivers of children aged 6 months to 2 years 6 months. Research tools include 1) a school program for parents according to the principles of brain development “Raising smart, good and happy children at school for parents in the community” and 2) data collecting tools, namely “The confidence value of the Knowledge Questionnaire on Promotion of Early Childhood Development”, which has Kuder's Richardson confidence value of 20 equal to .78 and “The Early Childhood Development Promotion Behavior Questionnaire”, which has Cronbach's alpha coefficient confidence of .87..Data were analyzed by using descriptive statistics and paired sample t-test.

The results show that after receiving the program, the sample's knowledge and development promotion behaviour has increased significantly at the .01 level ( $t = 12.31, 15.61$  respectively).

In conclusion, this research can be applied in organizing group activities for parents and early-childhood caregivers for the person in responsibility to have knowledge and behaviour to promote early childhood development. As a result, early childhood children have appropriate development for future growing to be quality adults.

**Keywords:** Program of parent-school with brain-based learning, Early childhood, Child development

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ 2 ปี เป็นช่วงเวลาที่โครงสร้างสมองมีการพัฒนาสูงสุด ทั้งการสร้างเซลล์สมองและการเชื่อมโยงระหว่างเซลล์สมองเกิดเป็นโครงข่ายเส้นใยประสาทนับล้านโครงข่าย ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างเซลล์สมอง ทำให้เด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ จดจำ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) จากการศึกษาพบว่า โภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตมีความสำคัญมากถึงร้อยละ 80 ต่อการกำหนดภาวะสุขภาพไปตลอดชีวิต ในขณะที่ปัจจัยด้านพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่ มีส่วนกำหนดเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ถือเป็นโอกาสทองของรากฐานของชีวิต (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) คุณภาพของการอบรมเลี้ยงดูของเด็กปฐมวัย จึงเป็นรากฐานของบุคคล ครอบครัว สังคม การเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม ให้มีภาวะโภชนาการ พัฒนาการสมวัย สมอง

และสติปัญญาดี มีพฤติกรรมเหมาะสม ซึ่งเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ครอบครัว และผู้ดูแลเด็ก (Bureau of Health Promotion, Department of health, Ministry of Public Health, 2018) ผลการสำรวจ พัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้ง ในช่วงปี พ.ศ.2442 - 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ และพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติที่องค์การอนามัยโลกคือ ร้อยละ 80 - 85 ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการรายด้านพบ พัฒนาการล่าช้ามากที่สุดในด้านภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะในการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 24.76 โดยเฉพาะในเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี พบว่า ล่าช้าถึง ร้อยละ 31.30 รองลงคือ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 11.48 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 9.35 และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 6.61 หากไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้านที่ล่าช้า เด็กจะมีโอกาสพบปัญหาด้านการเรียน สมาธิสั้น และไม่สามารถที่จะศึกษาต่อในระดับฝีมืออาชีพ หรืออุดมศึกษาต่อไปได้ (Bureau of Health Promotion, Department of health, Ministry of Public Health, 2018)

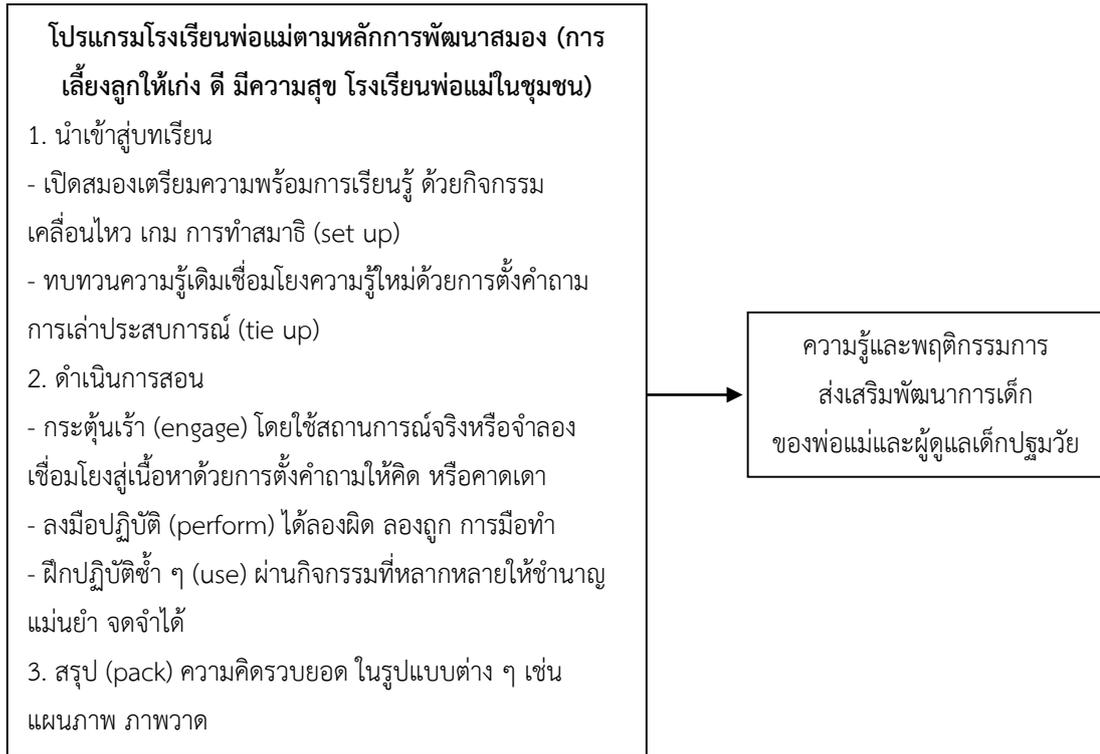
โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะส่งเสริมพัฒนาการและศักยภาพตามช่วงวัยของเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้ความรู้กับผู้รับความรู้หรือผู้รับความรู้ด้วยกัน โดยการทบทวนความรู้เดิมเชื่อมโยงความรู้ใหม่ด้วยการตั้งคำถามการเล่าประสบการณ์ การสรุปเนื้อหาจากการเรียนรู้ที่ดำเนินการสอนกระตุ้นเร้า (engage) และใช้สถานการณ์จริงหรือจำลองเชื่อมโยงสู่เนื้อหาด้วยการตั้งคำถามให้คิดหรือคาดเดาลงมือปฏิบัติ (perform) ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ (use) ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย และท้ายสุดสรุป (pack) ความคิดรวบยอด (concept) (Office of Knowledge Management and Development: OKMD cited in Suntra, 2018a) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง พบว่า บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีความรู้จากการเรียนเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีต่อการสอนโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักพัฒนาสมอง รวมทั้ง มีความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด (Lairungruangsakul, 2017)) และ การศึกษาประโยชน์ของการใช้กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมองพบว่า เป็นวิธีการให้ความรู้แก่พ่อแม่ที่จะนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับ นำไปใช้ได้จริงอย่างถูกต้องและครบถ้วน ด้วยเทคนิคที่สร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ที่ง่าย สนุก ผ่อนคลาย เปิดสมอง และเนื้อหาที่น่าสนใจต่อเนื่อง พ่อแม่ผู้รับบริการให้ความเห็นว่า เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย ได้ลงมือปฏิบัติ จึงง่ายต่อการจดจำ ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นพ่อแม่ ด้านการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ร้อยละ 82.40 และเทคนิคกิจกรรมที่ใช้มีความน่าสนใจคิดเป็นร้อยละ 72.50 (Suntra, 2018b)

จากข้อมูล Health Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563-2565 ของอำเภอชะอำมีเด็กที่เข้าเกณฑ์ประเมินพัฒนาการ (9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน) จำนวน 2,510 2,417 และ 2,120 คน ตามลำดับ ผลการคัดกรองพบว่า มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 32.26 37.52 และ 36.21 ตามลำดับ (Phetchaburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health, 2023) และจากการสำรวจการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(developmental surveillance and promotion manual: DSPM) ของหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชะอำ ในปี 2563 -2565 พบว่า พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กยังไม่เห็นความสำคัญในการใช้คู่มือดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำกิจกรรมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่นวัตกรรม การเปลี่ยนพฤติกรรมของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก ในหัวข้อ “การเลี้ยงลูกให้ เก่ง ดี มีความสุข” (Suntra, 2018b) ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) โดยเพิ่มเติมเนื้อหา “เลี้ยงลูกไม่ติดใจ” ซึ่งเป็น ปัจจัยที่ขัดขวางพัฒนาการเด็กในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งพัฒนาการล่าช้าและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Kumruangrit S, 2021)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดหลักการพัฒนาสมอง (brain-based learning) (Office of Knowledge Management and Development: OKMD cited in Suntra, 2018a) ร่วมกับงานวิจัยโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตาม หลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้ เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) ของ Suntra (2018b) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เปิดสมองเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ ด้วยกิจกรรมเคลื่อนไหว เกม การทำสมาธิ (set up) 2) ทบทวนความรู้เดิมเชื่อมโยงความรู้ใหม่ด้วยการตั้งคำถาม การเล่าประสบการณ์ (tie up) 3) กระตุ้นเร้า (engage) โดยใช้สถานการณ์จริงหรือจำลองเชื่อมโยงสู่เนื้อหาด้วยการตั้งคำถามให้ คิด หรือคาดเดา 4) การลงมือปฏิบัติ (perform) ได้ลองผิด ลองถูก การมือทำ 5) ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ (use) ผ่านกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความชำนาญ แม่นยำ จดจำได้ และ 6) สรุป (pack) ความคิดรวบยอด ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แผนภาพ ภาพวาด ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม ของ Marram (1978) เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในกลุ่ม ทบทวนความรู้ สะท้อน กลับข้อมูล และร่วมสรุปกลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ต่อความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนเมืองชะอำ เพชรบุรี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน)

### สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพ่อแม่ และ/ หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ที่มีอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 398 คน (ข้อมูลจาก Health Data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพ่อแม่ และ/หรือผู้ดูแลเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 จากประชากร 398 คน เท่ากับ 60 คน (Srisaard, 2010) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมกิจกรรม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 69 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีระยะเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัย อย่างน้อยประมาณ 6-7 ชั่วโมงต่อวัน 2) อาศัยในเขตเทศบาลเมืองชะอำ 3) มีสุขภาพดีไม่มีปัญหาด้านการฟัง สามารถอ่านหนังสือได้ และ 4) มีความยินดีและยินยอมสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยได้ต่อเนื่อง เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดต่อได้ และเกณฑ์ยกเลิกจากงานวิจัย (discontinuation criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ไม่ครบถ้วนตามระยะเวลาที่ดำเนินการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ**

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก และเด็กปฐมวัย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก อายุมารดา การศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา อายุของบิดา การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดา สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถ้าตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Srisaard, 2010)

มากกว่าร้อยละ 80 ( $\geq 16$ คะแนน)	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่างร้อยละ 60-80 (12-15 คะแนน)	หมายถึง ระดับปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-12 คะแนน)	หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Srisaard, 2010)

ระหว่าง 4.51- 5.00 คะแนน	หมายถึง ระดับมากที่สุด
ระหว่าง 3.51- 4.50 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่าง 2.51- 3.50	หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.51- 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00- 1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ของ Suntra. (2018b) ได้แก่ 1) เปิดสมองเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ ด้วยกิจกรรมเคลื่อนไหว เกม การทำสมาธิ (set up) 2) ทบทวนความรู้เดิมเชื่อมโยงความรู้ใหม่ด้วยการตั้งคำถาม การเล่าประสบการณ์ (tie up) 3) กระตุ้นเร้า (engage) โดยใช้สถานการณ์จริงหรือจำลองเชื่อมโยงสู่เนื้อหาด้วยการตั้งคำถามให้คิด หรือคาดเดา 4) การลงมือปฏิบัติ (perform) ได้ลองฝึก ลองถูก การมือทำ 5) ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ (use) ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ให้ชำนาญ แม่นยำ จดจำได้ และ 6) สรุป (pack) ความคิดรวบยอด ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แผนภาพ ภาพวาด ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในกลุ่ม ทบทวนความรู้ สะท้อนกลับข้อมูล มีกำหนดการเข้าร่วมโปรแกรม 2 ครั้ง ซึ่งในครั้งที่ 1 มีกิจกรรม ได้แก่ 1) สมุดบันทึกสุขภาพลูกรัก 2) อาหารตามวัย ลูกน้อยเติบโตใหญ่แข็งแรง สมองดี 3) เลี้ยงลูกไม่ติดจอ 4) ความฉลาดทางสมองและอารมณ์สร้างด้วยพลังกอด ครั้งที่ 2 ได้แก่ 1) เล่นคือเรียน เรียนคือเล่น 2) เล่านิทานสร้างปัญญา พัฒนาสมอง และ 3) ลูกรักพัฒนาการสมวัย สมองสดใส เก่ง ดี มีความสุข

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพเด็ก จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น Kuder's Richardson 20 เท่ากับ .78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

คู่มือโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ซึ่งมีความเห็นให้ปรับปรุงแบบของภาษา เนื้อหาให้กระชับ และนำไปทดลองกับกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงเพื่อเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินงานโครงการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรประชุมเชิงปฏิบัติการโรงเรียนพ่อแม่ BBL จากศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี

2. เตรียมเครื่องมือ สื่อการสอน สถานที่ดำเนินโครงการ และการขอจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลและเข้าเกณฑ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมกับรายละเอียดในการเข้าร่วมโปรแกรม และการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลา 20-30 นาที

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดีมีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) กับ จำนวน 69 คน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน โดยนัดวันละ 1 กลุ่ม สัปดาห์ละ 2-3 กลุ่มๆ ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งละประมาณ 90 นาที หลังสรุปกิจกรรมจะนัดหมายครั้งต่อไปในวันที่กลุ่มเป้าหมายสะดวก สถานที่จัดตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานพัฒนาเด็กเล็ก ศาลาชุมชน

3. ระยะหลังการทดลอง เป็นการนัดหมายครั้งที่ 3 ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมเป็นการประเมินความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (posttest)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนทุกกิจกรรม และให้ข้อมูลการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง คงเหลือ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 86.95 เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็ก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็ก ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง โดยใช้ค่าสถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการพิจารณารับรองจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ คจม.พบ 032/2565 วันที่อนุมัติ 11 ตุลาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีอายุ 21 -30 ปี ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 36.67 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 มารดา มีอายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.33 บิดา มีอายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 53.34 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.67 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 70.00 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (n = 60)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุผู้เลี้ยงดูหลัก (ปี)</b>			<b>อายุมารดา (ปี)</b>		
< 20	4	6.67	< 20	4	6.67
21 – 30	30	50.00	21 – 30	36	60.00
31 – 40	14	23.33	31 – 40	18	30.00
41 – 50	6	10.00	> 40	2	3.33
> 50	6	10.00	<b>การศึกษาของมารดา</b>		
<b>การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก</b>			ประถมศึกษา	8	13.33
ประถมศึกษา	10	16.67	มัธยมต้น	12	20.00
มัธยมต้น	14	23.33	มัธยมปลาย/ปวช.	20	33.33
มัธยมปลาย/ปวช.	22	36.67	อนุปริญญา/ปวส.	10	16.67
อนุปริญญา/ปวส.	6	10.00	มัธยมต้น	10	16.67
ปริญญาตรี	8	13.33	<b>อาชีพของมารดา</b>		
<b>อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก</b>			รับจ้างทั่วไป	26	43.33
รับจ้างทั่วไป	24	40.00	ค้าขาย	10	16.67
ค้าขาย	10	16.67	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.33
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.33	แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	22	36.67
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	24	40.00	<b>อาชีพของบิดา</b>		
<b>อายุของบิดา (ปี)</b>			รับจ้างทั่วไป	42	70.00
< 20	2	3.33	ค้าขาย	16	26.67
21 – 30	32	53.34	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.33
31 – 40	24	40.00			
> 40	2	3.33			

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาของบิดา			สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา		
ประถมศึกษา	16	26.67	อยู่ด้วยกัน	54	90.00
มัธยมต้น	10	16.67	หย่า	2	3.33
มัธยมปลาย/ปวช.	14	23.33	แยกกันอยู่	4	6.67
อนุปริญญา/ปวส.	12	20.00			
ปริญญาตรี	8	13.33			

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก ในชุมชนเมืองชะอำ เพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ( $M = 11.63, 3.58; SD = 2.67, 0.55$ ) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ( $M = 16.55, 4.63; SD = 2.51, 0.22$ ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 12.31, 15.61$  ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ระดับ และผลการทดสอบทีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ( $n = 60$ )

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			Mean difference	t
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	11.63	2.67	น้อย	16.55	2.51	มาก	-4.92	-12.31*
พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	3.58	.55	ดีมาก	4.63	.22	มากที่สุด	-1.05	-15.61*

\*  $p < .01$

### การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวว่ามีบุคคลมีการรับรู้ความสามารถ ตนเองสูงขึ้นจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จได้ เมื่อประกอบกับการ

ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ และมีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำลดลง จะเป็นแรงจูงใจ ที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender et al., 2006) และสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดลำปาง (Urhamnuy et al., 2022) การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1-3 ปีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความรู้และการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น (Lidpaek, 2016) และผลการวิจัยจากรูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมองในคลินิกเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุขนาร่อง ในจังหวัดสระบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Lairungruangsakul, 2017) รวมทั้ง ผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 93.33 (Thanasirak et al., 2017) เนื่องมาจากโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) มีกิจกรรมหลากหลาย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การเริ่มต้นกิจกรรมโดยการสร้างความผ่อนคลายจากการเปิดเพลงเบา ๆ และสร้างสมาธิ เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ซึ่งเป็นกระบวนการเปิดสมองเตรียมความพร้อม (set up) จากนั้น เป็นมีกิจกรรมให้พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ได้ทบทวนความรู้เรื่องการจุดกราฟโภชนาการจากน้ำหนัก ส่วนสูง หลายคนก็ไม่เคยทำ หลายคนลืมไปแล้ว และให้ลงมือฝึกปฏิบัติจุดกราฟ ฝึกแปลผล ซึ่งส่งผลให้เกิดการทบทวนความรู้เดิม เชื่อมโยงความรู้ใหม่ ชี้ให้เห็นกระบวนการ ทบทวนความรู้เดิม (tie up) มีกิจกรรมกระตุ้นให้ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กคิด เรื่อง “ลูก หลาน ดูจอบแล้วน้องมีลักษณะอย่างไร” “ใครเคยเห็นเด็กที่มีผลกระทบจากการดูจอบ้าง” ซึ่งส่งผลให้เกิดการจำลองสถานการณ์ เชื่อมโยงสู่เนื้อหาด้วยการตั้งคำถามให้คิดนำสู่การใ้ห้องค์ความรู้ ชี้ให้เห็นกระบวนการ ได้รับความสนใจด้วยการกระตุ้นให้คิด (engage) และมีกิจกรรมให้พ่อแม่ไปทำที่บ้าน “ถ้าไม่ให้ลูกดูจอบ จะทำอะไรกับลูกที่บ้าน” ซึ่งส่งผลให้เกิดการทบทวนปัญหา นำความรู้ที่ได้ไปใช้ ลงมือปฏิบัติจริงที่บ้าน (use) และประเมินผลร่วมกัน เป็นปัจจัยทำให้พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอบัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม พฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้น และเด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญการสถิติ (Yawinhan et al., 2019).

กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่นี้ เป็นวิธีการให้ความรู้พ่อแม่ที่จะนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับนำไปใช้จริงได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น ด้วยเทคนิคที่สร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ที่ง่าย สนุก ผ่อนคลาย เปิดสมอง เนื้อหาที่น่าสนใจต่อเนื่อง เน้นประเด็นที่สำคัญ เน้นความเข้าใจมากกว่าความจำ ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้นอยากเรียน มีความสุข ชอบเพราะได้ลงมือทำ ทำได้จริง เกิดการเปรียบเทียบ กระตุ้นการส่งเสริมพัฒนาการกันเองระหว่าง พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กแต่ละครอบครัว เกิด

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน และส่งผลให้พัฒนาการสมวัย ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความรู้และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Bloom, 1975)

### ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินกิจกรรมในช่วงที่มียังคงมีการระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กยังคงมีความกังวลต่อการระบาด จึงมีการเลื่อนนัดหมายหลายครั้ง และเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลให้ผู้วิจัยเลือกการออกแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) ไปเป็นเครื่องมือในการให้บริการเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน เพื่อให้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กมีความรู้และและพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งผลให้เด็กมีเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

2. สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำความรู้โรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมองไปบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และศึกษาติดตามผลของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง (การเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน) สำหรับพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในระยะยาว รวมทั้ง ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

### เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Health Promotion, Department of health, Ministry of Public Health. (2018). *The 6<sup>th</sup> study of factors effecting to child development in Thailand in 2017*. Bureau of Health Promotion, Department of health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bloom, S. B. (1975). *Taxonomy of education Objective, Hand Book I: Cognitive domain*. David Mackay.
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Operational guidelines miracle district 1,000 days plus to 2,500 days*. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for driving the miracle of the first 1000 days of life*. A.V. Progressive. (in Thai)

- Kumruangrit, S. (2021). *Handbook for dealing with early childhood addiction to smartphones or tablets*. <https://sites.google.com/view/skur/โครงการวิจัย/การใช้สมาร์ตโฟนในเด็ก> (in Thai)
- Lairungruangsakul, P. (2017). The model of parent school with brain-based learning in well baby clinic of pilot public health service center in Saraburi Province. *Thai Journal of Pediatrics*, 56(4), 300-308. (in Thai)
- Lidpaek, S. (2016). The development on model for the promotion of 1–3 year old child development through the participation of family and community: A case study of Tambon Banyang, Amphoe Meuang, Changwat Buriram. *Research and Development Journal Loei Rajabhat University*, 11(Special), 99-109. (in Thai)
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2<sup>nd</sup>ed.). Mosby.
- Phetchaburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health. (2023). *Health DATA center information*. <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Srisaard, B. (2010). *Basic research* (7<sup>th</sup>ed.). Suwiriyan. (in Thai)
- Suntra, N. (2018a). *BBL parents school*. Panich Phranakhon. (in Thai)
- Suntra, N. (2018b). Parental school according to brain-basde learning concept. *Academic Journal of the Institute of Physical Education*. 10(1) 15-27. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Appleton & Lange.
- Thanasirirak, N., Promla, V., Mahuwan, A., & Vitidkul, A. (2018). The effective to a program of promotion of early childhood development in Pathumthani Province. *Journal of Pacific Institute of Management Science*, 4(2), 76-84. (in Thai)
- Urharmnuay, M., Intharangkun, Na Ayutthaya, A., Thipsungwan, K., Boongla, P., Kummee, S., & Narkrow, K. (2022). The effects of early childhood development promotion program on knowledge and promotion behaviors on child development of parents and caregivers in Mueang District, Lampang Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 3(1), 48-63. (in Thai)
- Yawinhan, J., Khantamool, W., & Netthip, R., (2019). Effectiveness of development emotional quotient and reinforce positive to improve discipline in early childhood programs base on family participation in Pua District, Nan Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 6(1), 70-85. (in Thai)

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
Effect of Urinary Excretion Control Training Program in Older People  
with Urinary Incontinence in Makham Tia Sub-district,  
Mueang District, Surat Thani Province

อัจฉริยา วัชรารัตน์<sup>1</sup>, พัทชนา เฮงบริบูรณ์พงศ์ ใจดี<sup>2\*</sup>,  
จิรภัค สุวรรณเจริญ<sup>1</sup>, ปราชญาวดี ยมานันตกุล<sup>1</sup>, สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก<sup>1</sup>, มนตรี อภัยวงศ์<sup>3</sup>  
Atchariya Watcharawit<sup>1</sup>, Patchana Hengboriboonpong Jaidee<sup>2\*</sup>,  
Jirapak Suwanjaroen<sup>1</sup>, Prachayawatee Yamanantakuland<sup>1</sup>, Sarunrak Bunmusik<sup>1</sup>,  
Montree Apaiwong<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patchana@buu.ac.th; โทรศัพท์ 086-2032752)

(Received: May 29, 2023; Revised: August 10, 2023; Accepted: August 16, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และ 2) ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นคูเคอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .70 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 5.25, 12.66$ ) มีระดับ

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
Associated Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>3</sup> นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Student, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

ความรุนแรงด้านปริมาณปัสสาวะลดลง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ในขณะที่มีระดับความรุนแรงด้านความบ่อยของการปัสสาวะลดลง จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 และมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.24, SD = .42$ )

ควรรนำโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะตามบทบาทพยาบาล ดังนี้ 1) คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) ป้องกันการเกิดปัญหา 3) แก้ไขปัญหา 4) จัดโปรแกรมการปัสสาวะ และ 5) พัฒนาความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ ไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงที่ต้องการดูแลใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและหูรูดกระเพาะปัสสาวะ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ, ผู้สูงอายุ, ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

## Abstract

This quasi-experimental research is a one-group pre-and-post-experimental study for 1) comparing mean knowledge, self-care behaviour and the severity of urinary incontinence before and after using the urinary control training program for the elderly with urinary incontinence and 2) assessing the satisfaction of the elderly with the program. The sample consists of 30 elderly females with urinary incontinence. Data were collected by using a knowledge test. There was a Kuder-Richardson confidence value of 20 equal to .70 and a self-care behavior questionnaire. Cronbach's alpha coefficient of confidence was .80. Data were analyzed by using descriptive statistics, and an independent t-test.

The results show that after using the program, the sample group's knowledge mean, and self-care behaviour was higher than before receiving the program. There is statistical significance at the .01 level ( $t = 5.25, 12.66$ ). There is a decrease in urinary frequency severity for 2 persons, representing 6.67%, while there is a decrease in urinary frequency severity. 6 people, equal to 20.00 per cent and the level of satisfaction with the urinary control training program is at a high level ( $M = 4.24, SD = .42$ ).

The urinary control training program should be implemented according to the nursing role as follows: 1) screening risk groups, 2) preventing problems, 3) solving problems, 4) organizing an urination program, and 5) restoring urinary incontinence. To be used in the dependent elderly who need close care to strengthen the pelvic floor muscles and bladder sphincter

**Keywords:** Training program for urinary control, Older people, Stress incontinence

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาทางท่อปัสสาวะ โดยไม่สามารถควบคุมได้ (Inkum, 2015) จำแนกออกเป็น 1) ปัสสาวะเล็ด (stress incontinence) คือ มีการไหลของปัสสาวะออกมาเล็กน้อยเมื่อแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นทันที เช่น ไอ จาม หัวเราะ เป็นต้น (Jirawaranan, & Jaipang, 2019) ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึงสองเท่า โดยในผู้สูงอายุไทยพบได้ประมาณร้อยละ 10.30-57.00 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (Fumaneeshoat & Phaktongsuk, 2017) 2) ปัสสาวะราด (urge incontinence) คือ มีอาการอยากจะปัสสาวะทันที ทำให้มีการไหลของปัสสาวะออกมาปริมาณปานกลางถึงมาก โดยมีความชุกในผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 13.00-25.60 (Fumaneeshoat & Phaktongsuk, 2017) และ 3) ปัสสาวะเล็ด (stress incontinence) และราด (urge incontinence) จะมีอาการอยากปัสสาวะทันที ร่วมกับปัสสาวะเล็ดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง และพบบ่อยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Phithanthananukul, 2020) แม้ว่าภาวะดังกล่าว ไม่ได้เป็นการเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินที่มีอันตรายโดยตรงต่อร่างกาย แต่เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Inkum, 2015) ในด้านของสุขภาพทางกาย เช่น ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และอุบัติเหตุในการหกล้ม เป็นต้น และด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวจะรู้สึกว่าตนเองไม่ปกติ มีภาวะซึมเศร้า อายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่ยอมออกนอกบ้าน (Sribenjalak & Limpawattana, 2013)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะต้องวางแผนการดูแล และลงมือปฏิบัติดูแลตามแผนการจัดการที่ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพสูงสุด ต้องเป็นการจัดการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีม เป็นผู้มีส่วนสำคัญ ในการวางแผน และตัดสินใจเลือกวิธีที่แก้ไขสาเหตุและปัจจัยที่แก้ไขได้ ประเมินวิธีที่ผู้สูงอายุเคยใช้มาก่อน นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ เช่น โรคของอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มะเร็ง หรือโรคทางระบบประสาทที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีเป้าหมายในการรักษาคือ การลงมือปฏิบัติดูแลตามแผนและติดตามประเมินผลลัพธ์ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงวัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นด้วย ซึ่งหลักการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วย การจัดการโดยทั่วไป การพยาบาลที่เฉพาะกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดต่าง ๆ และการบำบัดเชิงพฤติกรรม (Phithanthananukul, 2020) ตามทฤษฎีของโอเรมได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Wongsri & Chintapanyakul, 2018)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยมองเห็นถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนาจัดทำโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 2001) ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ในส่วนของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำใน

การปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมเป็นลักษณะสื่อวิดีโอ ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่รับชมวิดีโอเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ช่วยดึงดูดความสนใจของผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมภายในวิดีโอประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อผู้สูงอายุ และการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยโปรแกรมนี้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเวลาจะไปห้องน้ำ และบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

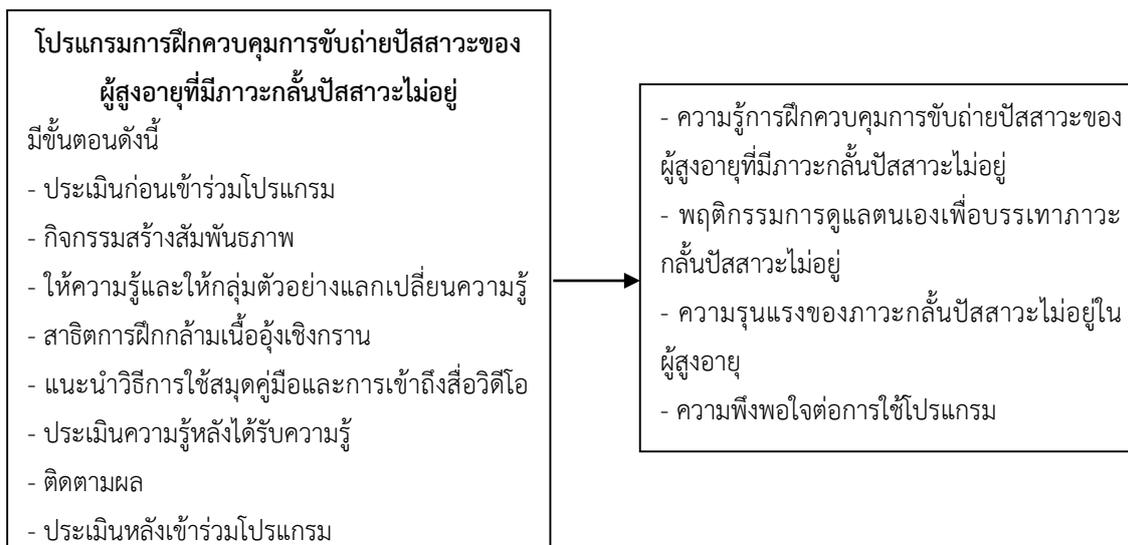
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลังจากการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะอยู่ในระดับดี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 2001) ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ในส่วนของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพศหญิงที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ด ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ด ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ที่ออกตรวจรักษาที่ รพ.สต.มะขามเตี้ย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 โดยใช้ โปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย โดยการทดสอบแบบทางเดียว ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ตามแบบประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ และมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีสมาร์ทโฟนที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ (อาจจะใช้ของลูกหลานหรือผู้ดูแลได้) และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างรุนแรงและต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน และไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครบถ้วนทุกขั้นตอน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุของกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ด

- แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ด ที่พัฒนาขึ้นจากองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นแบบเลือกตอบแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนรวม ออกเป็น 4 ระดับ (Ruangpraphan, 2000) ดังนี้

ระหว่าง 10 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

ระหว่าง 7-9 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 4-6 คะแนน หมายถึง ระดับพอใช้

ระหว่าง 1-3 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุง

- แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง = 4 คะแนน บ่อยครั้ง = 3 คะแนน นานๆ ครั้ง = 2 คะแนน และเพียง 1 ครั้ง = 1 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 4-48 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ (Ruangpraphan, 2000) ดังนี้

ระหว่าง 37-48 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

ระหว่าง 25-36 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 13-24 คะแนน หมายถึง ระดับพอใช้

ระหว่าง 1-12 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุง

- แบบประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปรับจากแบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Numchaisrika & Thaitae, 2019) โดยเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 4 ข้อ

- แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 16 ข้อ จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอน การประเมินผล การกำกับติดตาม และระยะเวลา เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 5-80 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ออกเป็น 5 ระดับ (Ruangpraphan, 2000) ดังนี้

- ระหว่าง 61-80 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด  
 ระหว่าง 46-60 คะแนน หมายถึง ระดับมาก  
 ระหว่าง 31-45 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง  
 ระหว่าง 16-30 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย  
 ระหว่าง 1-15 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และนำไปแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .70 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาการทดลอง หลังจากทีคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว คณะผู้วิจัยได้ประสานกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี เมื่อถึงวันนัดคณะผู้วิจัยจึงเริ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์ การเข้าร่วมโปรแกรมเป็นความสมัครใจโดยการลงนามผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามหลักจริยธรรมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลแล้วเสร็จจึงขอให้ลงนามในใบยินยอม ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมสร้างสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ระยะเวลา 10 นาที จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดของการวิจัย จากแบบฟอร์มแบบสอบถามและแบบประเมินที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ เพื่อประเมินความรู้ระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

2. ระยะเวลาทดลอง คณะผู้วิจัยได้เริ่มกิจกรรมในการให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติตน ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 3 ชั่วโมง ในการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม โดยเริ่มจากการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และการแนะนำวิธีการและช่องทางในการสื่อสาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กิจกรรมให้ความรู้ด้วยสื่อวิดีโอ เกี่ยวกับนิยาม ความหมาย ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ใช้ระยะเวลา 60 นาที

2.2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

2.3 กิจกรรมการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยแนะนำวิธีการใช้สมุดคู่มือและช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างคณะผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารได้อย่างสะดวก สามารถเข้าถึงสื่อวิดีโอเพื่อที่จะสามารถรับชมย้อนหลังได้ กิจกรรมนี้มีระยะเวลา 20 นาที

2.4 กิจกรรมประเมินหลังได้รับโปรแกรมทันที โดยประเมินความรู้ ระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และความพึงพอใจในโครงการ จากแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยได้จัดเตรียมให้ ซึ่งถือว่าเป็นการประเมินภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดเสร็จสิ้นแล้ว ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

2.5 ปิดกิจกรรม สรุปผลและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการติดตามระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยดูแบบบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะเพื่อประเมินความถี่ และระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ครั้งต่อไป

### 3. ระยะหลังการทดลอง

ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินความถี่ และระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณจากเครื่องมือต่าง โดยใช้สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้การทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
3. วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (หมายเลขโครงการ 2022/11) วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป อายุของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า อายุมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และน้อยที่สุด คือ อายุ 80-89 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด คือ 25.00-29.90 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ ดัชนีมวลกาย 23.00-24.90 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้สูงอายุที่มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 30 คน พบว่า มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ 1-5 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่มากกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 9.53, SD = 1.13$ ) มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 7.80, SD = 1.66$ ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 5.25$ ) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 3.67, SD = .18$ ) มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 2.63, SD = .43$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 12.66$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ระดับ และผลการทดสอบที คະแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 30)			หลังการทดลอง (n = 30)			Mean difference	t
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้	7.80	1.66	ดี	9.53	1.13	ดีมาก	-1.73	5.25*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.63	.43	ดี	3.67	.18	ดีมาก	-1.04	12.66*

\* $p < .01$

2.2 การเปรียบเทียบระดับรุนแรงของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ด้านปริมาณ ผู้สูงอายุมีระดับรุนแรงของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และ

ระดับความรุนแรงน้อย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีระดับความรุนแรงลดลงโดยอยู่ในระดับรุนแรงน้อย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ด้านความบ่อยของการปัสสาวะ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีความบ่อยของการปัสสาวะอยู่ในระดับรุนแรงมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ระดับความรุนแรงน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และระดับความรุนแรงน้อย จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 80.00 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระดับความรุนแรงลดลงอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และระดับความรุนแรงน้อย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของปริมาณปัสสาวะและความบ่อยของการปัสสาวะ จำแนกตามระดับของความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในพื้นที่ ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n = 30)

ระดับ	ปริมาณปัสสาวะ				ความบ่อยของการปัสสาวะ			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	0	0.00	0	0.00	4	13.33	0	0.00
ปานกลาง	2	6.67	0	00.00	2	6.67	4	13.33
น้อย	28	93.33	30	100.00	24	80.00	26	86.67

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมมีระดับความพึงพอใจในเกณฑ์มาก ( $M = 4.24, SD = .42$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านเนื้อหา มีระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ( $M = 4.30, SD = .43$ ) ด้านกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด ( $M = 4.51, SD = .56$ ) ด้านสื่อวีดิโอ อยู่ในเกณฑ์มาก ( $M = 4.25, SD = .42$ ) ด้านการประเมินผล อยู่ในเกณฑ์มาก ( $M = 4.22, SD = .57$ ) ด้านการติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในเกณฑ์มาก ( $M = 4.07, SD = .26$ ) และด้านระยะเวลา อยู่ในเกณฑ์มาก ( $M = 4.07, SD = .26$ )

## การอภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านพยาบาลในการดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยการไม่ใช้ยา เช่น การให้คำแนะนำ การสอน และการให้ความรู้ รวมทั้ง การปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นเทคนิคที่สอนให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และริเริ่มใน

การถ่ายภาพปัสสาวะด้วยตนเอง โดยได้รับความช่วยเหลือและส่งเสริมจากผู้ดูแล นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำและการรับรู้ เช่น ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะพังกัง (Jirawaranan & Jaipang, 2019) ดังผลการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิงในโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งพบว่า โปรแกรมนี้สามารถนำมาใช้เพื่อป้องกันภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กับผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปได้ดี (Pongmeta et al., 2021)

2. ระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง ภายหลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกและปรับพฤติกรรมตามโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisite: HDSCR) และสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ในส่วนของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งยังเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังคงขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาร่องรอยบทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ โดยการให้คำแนะนำ การสอน และให้ความรู้ รวมทั้ง การปรับพฤติกรรมต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุดีขึ้น ทำให้ระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง (Jirawaranan & Jaipang, 2019)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มพังกัง และผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ต้องการดูแลใกล้ชิด ให้ครอบคลุมตามบทบาทของพยาบาล (WHO, 2017) ได้แก่ 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) การป้องกันการเกิดปัญหา โดยการส่งเสริมการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 3) การแก้ไขปัญหา โดยการวางแผนปรับพฤติกรรม 4) การจัดโปรแกรมการปัสสาวะ และ 5) การจัดการฟื้นฟูความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและหูดกระเพาะปัสสาวะ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในกลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุ (pre-aging) โดยการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Fumaneeshoat, O., & Phaktongsuk, P. (2017). Prevalence of urinary incontinence in the elderly in Banpru Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province, Thailand. *Songklanagarind Medical Journal, 35*(2), 133-138. (in Thai)
- Inkum, J. (2015). Urinary incontinence in the elderly. *Journal of Medicine and Health Sciences, 22*(1), 58-68. (in Thai)
- Jirawaranan, S., & Jaipang, C. (2019). Urinary incontinence in the elderly: Role of nurses. *Vajira Nursing Journal, 21*(2), 77-87. (in Thai)
- Numchaisrika, O., & Thaitae, S. (2019). Effects of empowerment program and using smartphone application on self-management behaviors in the women with urinary incontinence. *Kuakarun Journal of Nursing, 26*(2), 78-82. (in Thai)
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). Mosby.
- Phithanthananukul, P. (2020). Urinary incontinence in the elderly. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sanphasitthiprasong, 4*(1), 20-36. (in Thai)
- Pongmeta, S., Nuansing, T., Singweratham, N., Nawsuwan, K., & Khammathit, A. (2021). The effect of an exercise program to reduce the severity of urinary incontinence among female elderly at Ban Dung municipal elderly school, Ban Dung District, Udon Thani Province. *Journal of Community Health Council, 3*(3), 75-84. (in Thai)
- Ruangpraphan, C. (2000). *Basic statistics with examples of analysis using Minitab SPSS and SAS*. Khon Kaen University. (in Thai)
- Sribenjalak, W., & Limpawattana, P. (2013). Urinary incontinence in the elderly. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 8*(2), 82-92. (in Thai)
- Wongsri, P., & Chintapanyakul, T. (2018). The application of Orem's theory to the care and counseling of patients with heart failure. *Journal of the Police Nurses, 10*(1), 209-213. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people guidelines (ICOPE) about evidence profile: Urinary incontinence*. World Health Organization.



## บทความวิจัย (Research article)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

Health Promoting Behaviour among Middle Adulthood Personnel

in a Public University

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร<sup>1\*</sup>, พูนสุข ช่วยทอง<sup>2</sup>

Surang Cherwanitchakorn<sup>1\*</sup>, Poonsook Shuaytong<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surang.ch@ssru.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 098-9920692)

(Received: May 16, 2023; Revised: August 10, 2023; Accepted: August 14, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่ทำงานในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ จำนวน 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และความสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .91, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.46 ปี ( $SD = 5.45$ ) เพศหญิง ร้อยละ 67.50 มีการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 50.50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.00 ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีเงินพอใช้ และเหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 ปฏิบัติงานสายวิชาการ ร้อยละ 59.00 มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ ร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.00 มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 86.38$ ,  $SD = 12.85$ ) ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ( $M = 78.54$ ,  $SD = 12.75$ ) และความสุขอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.45$ ,  $SD = .70$ )

2. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ( $\chi^2 = 38.95$ , Cramer's  $V = .30$ ) ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .48$ ,  $.56$  ตามลำดับ)

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Instructor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Associate Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า มหาวิทยาลัยของรัฐควรมีนโยบายจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขให้แก่บุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับช่วงวัย

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความสุข, บุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

## Abstract

This cross-sectional survey research aims to investigate health-promoting behaviour among middle adulthood personnel, and the association between personal and psychological factors and health-promoting behaviour among middle adulthood personnel in a public university. The sample is middle adulthood personnel working in a public university, including 200 study subjects, simple random sampling, and data collection by self-administration using health-promoting behaviour questionnaires, self-esteem questionnaires, and happiness questionnaires. These questionnaires' respectively had Cronbach's alpha coefficients for health-promoting behaviour, self-esteem, and happiness were .92, .87, and .91, respectively. Descriptive statistics, the Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were applied to examine the data.

The study results reveal that the mean age of the subjects is 46.46 ( $SD = 5.45$ ) years. Most of them are female (67.50%). Most educational level is a master's degree (50.5%). The majority of subjects have a moderate level of health-promoting behaviour ( $M = 86.38$ ,  $SD = 12.85$ ), a high level of self-esteem ( $M = 78.54$ ,  $SD = 12.75$ ), and a high level of happiness ( $M = 4.45$ ,  $SD = .70$ ). Analyzing association between personal factors and health-promoting behaviour is found that an educational level had a significant association ( $p < .05$ ) with health-promoting behaviour as a whole ( $\chi^2 = 38.95$ , Cramer's  $V = .30$ ). Self-esteem and happiness have statistically significantly moderately positive associations at  $p < .05$  ( $r = .48$ ,  $.56$ , respectively).

The results show that public universities should have a policy to organize activities to promote health-promoting behaviour, self-esteem, and happiness to middle adulthood personnel. As a result, the data can be brought to design activities improvement in each age group.

**Keywords:** Health promoting behaviour, Self-esteem, Happiness, Middle adulthood personnel

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยทำงานเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ อีกทั้ง เป็นกำลังหลักในการดูแลสมาชิกทุกกลุ่มวัยในครอบครัว เมื่อผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ช่วงอายุ 40-65 ปี จึงมีประสบการณ์ผ่านความสำเร็จทั้งด้านการมีครอบครัว และชีวิตการทำงาน (Womble & Kincheloe, 2020) สิ่งหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับคนวัยนี้ คือการมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) (Hui, 2017) เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อ้วนลงพุง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคไตเรื้อรัง จนกลายเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพที่พบอัตราการป่วยจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization: WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย กลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอันดับหนึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562 โดยพบโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับแรกของคนไทย (Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2018) และในปี 2564 พบประชากรในกรุงเทพฯ เสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และเบาหวาน จำนวน 3,464 รายต่อประชากร 100,000 คน (Division of Non-communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2023) แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้โรงพยาบาลต่าง ๆ จัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (World Health Organization: WHO, 2022) ทั้งนี้ มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบกับการมีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วในด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี เช่น การมีสิ่งประดิษฐ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร จึงทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากยุคอดีต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) มีกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานน้อยกว่า 1.5 Metabolic Equivalents Tasks (METs) ทำให้ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายที่เพียงพอ (Solod, 2022)

การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ช่วยชะลอการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ลดไขมันในเลือด ซึ่งมีสาเหตุจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลง และเป็นเตรียมพร้อมของบุคคลก่อนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันตามปัจจัย ทั้งด้านส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ตลอดจนมักมีเวลาน้อยในการออกกำลังกาย และนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากภารกิจงานที่ต้องรับผิดชอบ รับประทานอาหารตามสั่งและอาหารจากร้านค้าข้างทาง ซึ่งหาซื้อง่ายแต่มีพลังงานสูง เช่น แป้ง น้ำตาล และไขมัน (Natetanon & Korktathong, 2020) ส่งผลให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวช้าลง และใช้ชีวิตประจำวันติดอยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์ หรือสมาร์ทโฟน (Solod, 2022) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2022) กล่าวว่า ความยากจนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผู้ใหญ่ตอนกลางพบว่า หากมีรายรับที่

เพียงพอ จะทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย และมีความสุข ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี (Solhi et al., 2022) รวมทั้งความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Cherwanitchakorn et al., 2023) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว และการได้รับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง (Saengsinsorn, 2021)

เห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตวิทยา ส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญสำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งเป็นวัยก่อนที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและไม่ต้องการเป็นภาระต่อผู้อื่นยามเจ็บป่วย ตามแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด (Pender et al., 2011) การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคคลควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเคยชินจนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวรตลอดช่วงชีวิต เพราะเป็นพื้นฐานของสุขภาวะ (well-being) ส่งผลให้ชีวิตมีความสุข ทำให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี จากแผนบริหารทรัพยากรบุคคล ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ได้กำหนดมาตรฐานความสำเร็จการบริหารทรัพยากรบุคคล โดย 1 ใน 5 มิติดังนั้นเป็นเรื่อง “คุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน” เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพสูงขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการ และบุคลากร ทำให้ได้ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อมหาวิทยาลัย สังคม และประเทศชาติ (Creation and lifelong learning promotion, Suan Sunandha Rajabhat University, 2017) ในการตอบสนองต่อนโยบายนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อสูงในการให้บริการด้านวิชาการ การจัดการเรียนการสอน และการดูแลกำกับนักศึกษาในความรับผิดชอบ ผลการศึกษานี้ จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาพัฒนาและวางแผนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่บุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่ทำงานในมหาวิทยาลัยของรัฐต่อไป

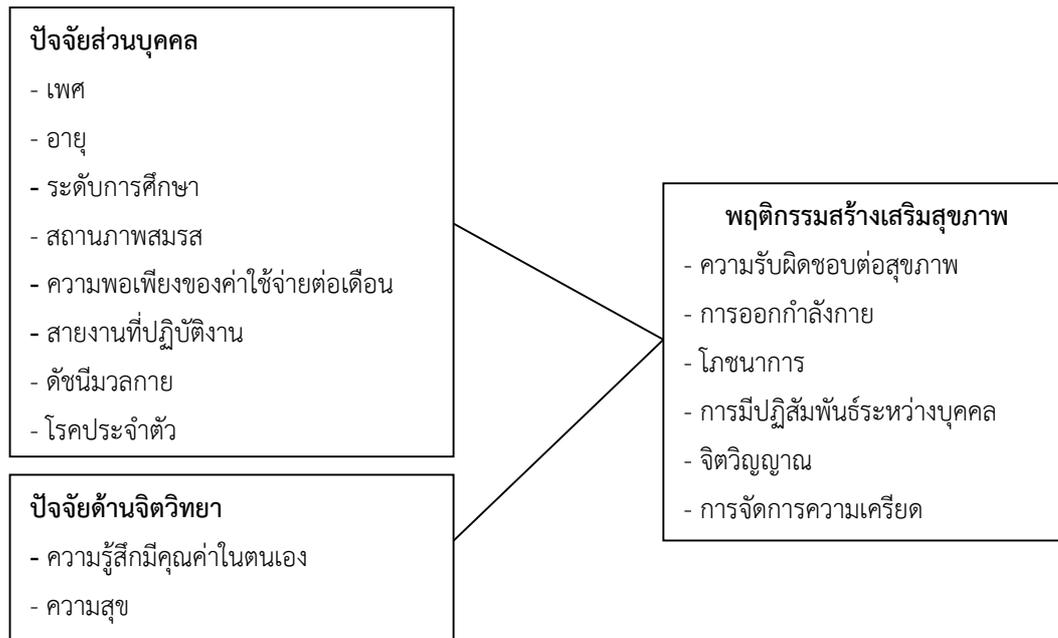
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ประยุกต์จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2011)

จำนวน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) จิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด โดยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็นส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน สายงานที่ปฏิบัติ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว (Solhi et al., 2022) และปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข (Cherwanitchakorn et al., 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ดำเนินการวิจัยในเดือนพฤษภาคม 2563 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40-59 ปี ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ ข้อมูลจากทะเบียนบุคลากร จำนวน 8 คณะ/วิทยาลัย และ 3 หน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ 2562 จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ 40-59 ปี ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ ปีงบประมาณ 2562 กำหนดขนาดตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงใน Pasunon, 2014) ระดับความคลาดเคลื่อน 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 196 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 216 ราย โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ดี 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และ 3) มีสุขภาพดีและไม่ได้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่ได้มาปฏิบัติงานและไม่สามารถติดต่อได้ และ 2) ให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มหลายขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการจำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่มสาขาวิชา/ลักษณะงาน ดังนี้ 1) กลุ่มวิทยาศาสตร์ ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม และวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ 2) กลุ่มสังคมศาสตร์ ได้แก่ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ และคณะนวัตกรรมการจัดการ 3) กลุ่มศิลปศาสตร์ ได้แก่ คณะศิลปกรรมศาสตร์ 4) กลุ่มการศึกษา ได้แก่ คณะครุศาสตร์ และ 5) กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ได้แก่ สำนักศิลปะวัฒนธรรม กองพัฒนานักศึกษา กองบริหารงานบุคคล ทำการสุ่มหน่วยงานในแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อบุคลากรของแต่ละหน่วยงานโดยการสุ่มอย่างง่ายจนครบตามจำนวน ดังตาราง 1

**ตาราง 1** กลุ่มสาขาวิชา/ลักษณะงาน หน่วยงาน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ

กลุ่มสาขาวิชา/ลักษณะงาน	คณะ/วิชาที่สุ่มได้	จำนวนตัวอย่าง
วิทยาศาสตร์	- คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	35
	- วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ	16
สังคมศาสตร์	- คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	53
	- คณะนวัตกรรมการจัดการ	31
ศิลปศาสตร์	- คณะศิลปกรรมศาสตร์	26
สังคมศาสตร์	- คณะครุศาสตร์	38
สนับสนุนวิชาการ	- สำนักศิลปะวัฒนธรรม	5
	- กองพัฒนานักศึกษา	5
	- กองบริหารงานบุคคล	7
<b>รวม</b>		<b>216</b>

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในเขตดุสิต (Cherwanitchakorn et al., 2019) มีค่าความเชื่อมั่น .77 จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด ด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งฉบับเท่ากับ 30 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้

คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยให้คะแนนจาก 4 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 30–120 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ (Bloom & Krathwohl, 2020) ดังนี้

ระหว่าง 94.80–120.00 ( $\geq$  ร้อยละ 80) หมายถึง ระดับเหมาะสม

ระหว่าง 72.00–94.79 (ร้อยละ 60 – 79) หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 30.00–71.99 ( $<$  ร้อยละ 60) หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน สายงานที่ปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา ดัดแปลงมาจากงานวิจัยเรื่อง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขของผู้ใหญ่วัยกลางคน (Shuaytong et al., 2014) ได้แก่

1) แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79 เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง ไม่เป็นจริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน ถึงเป็นจริงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 20-100 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวม เป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ (Bloom & Krathwohl, 2020) ดังนี้

ระหว่าง 80-100 คะแนน ( $\geq$  ร้อยละ 80) หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 60-79 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 20-59 คะแนน ( $<$  ร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

2) แบบประเมินความสุข จำนวน 30 ข้อ ในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 เป็นข้อความเชิงบวก 18 ข้อ เชิงลบ 12 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ ระหว่าง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 6 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเฉลี่ย (Shuaytong et al., 2014) ดังนี้

ระหว่าง 1.00–1.99 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสุข

ระหว่าง 2.00–2.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อย

ระหว่าง 3.00–3.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลาง

ระหว่าง 4.00–4.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขระดับมาก

ระหว่าง 5.00–5.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

เท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและพัฒนาการมนุษย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของ

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสุข และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .90, 95 และ .93 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) มีค่าเท่ากับ .87, .91 และ .92 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนพฤษภาคม 2563 รายละเอียด ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการในการเก็บข้อมูลจากคณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ ถึงทุกหน่วยงานแต่ละหน่วยงานที่ได้จากการสุ่ม
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมายได้ของแต่ละหน่วยงาน เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่าง ๆ ในการทำการศึกษารวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และการถอนตัวไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนต้องลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการดำเนินการตอบแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับฟังคำอธิบายและชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้งหมด พร้อมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามอย่างอิสระตามความสมัครใจ และรอรับแบบสอบถามกลับคืนทันที โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้เข้าร่วมวิจัยนำแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยแล้ว นำใส่ในซองจดหมายปิดผนึก และนำไปใส่กล่องที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนกลับคืนมา และใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่ากับ 200 ฉบับ (92.6%) วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยา และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) ค่ามัธยฐาน (median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) ค่าสูงสุด (max) ค่าต่ำสุด (min)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านจิตวิทยากับตัวแปรพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient:  $r$ ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ( $r$ ) ดังนี้ (Cohen, 1988)

$\leq \pm .30$	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง $\pm .31 - \pm .70$	หมายถึง ระดับปานกลาง
$\geq \pm .71$	หมายถึง ระดับสูง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับตัวแปรพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test:  $\chi^2$ ) และวิเคราะห์ขนาดของความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Cramer's  $V$

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ วัตถุประสงค์ การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยคำนึงถึงจริยธรรมการทำวิจัยและพิทักษ์สิทธิ สอบถามความยินยอมด้วยความสมัครใจให้ลงนาม และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการทำงาน เอกสารรับรองได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 2-005/2020 ลงวันที่ 28 เมษายน 2563

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 67.50 อยู่ในกลุ่มอายุ 40-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.50 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 46.46 ( $SD = 5.45$ ) ปี การศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด ร้อยละ 50.50 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 46.00 ด้านความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีเงินพอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 สายงานที่ปฏิบัติงานนั้น ปฏิบัติงานสายวิชาการ ร้อยละ 59.00 มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 59.70 รองลงมาคือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.60 เกินเกณฑ์ ร้อยละ 30.60 และอ้วน ร้อยละ 8.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.00 ได้แก่ โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ 7 ราย โรคเรื้อรัง 11 ราย (หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง) ไทรอยด์ 3 ราย ไมเกรน 1 ราย และเข้าเสื่อม 1 ราย

2. ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 86.38, SD = 12.85$ ) จำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $M = 16.35, SD = 2.88$ ) ด้านการจัดการความเครียด ( $M = 15.03, SD = 3.12$ ) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $M = 14.49, SD = 3.01$ ) ด้านโภชนาการ ( $M = 14.27, SD = 2.42$ ) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ( $M = 13.92, SD = 2.92$ ) และต่ำสุดในด้านการออกกำลังกาย ( $M = 12.18, SD = 3.33$ ) ซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ( $M = 78.54, SD = 12.75$ ) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.45, SD = 0.70$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยจิตวิทยาของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ( $n = 200$ )

รายการ	$M$	$SD$	ระดับ
<b>พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ</b>	<b>86.38</b>	<b>12.85</b>	<b>ปานกลาง</b>
การรับผิดชอบต่อสุขภาพ	14.49	3.01	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	12.18	3.33	ไม่เหมาะสม
โภชนาการ	14.27	2.42	ปานกลาง
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	16.35	2.88	เหมาะสม
การพัฒนาจิตวิญญาณ	13.92	2.92	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	15.03	3.12	ปานกลาง
<b>ปัจจัยจิตวิทยา</b>			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	78.54	12.75	สูง
ความสุข	4.45	.70	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน สายงานที่ปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 38.95$ , Cramer's  $V = .30$ ) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน สายงานที่ปฏิบัติงาน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ (n = 200)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						$\chi^2$	Cramer's v
	ไม่เหมาะสม (n = 24)		ปานกลาง (n = 122)		เหมาะสม (n = 54)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>							1.59	.089
ชาย	10	5.00	36	18.00	19	9.5		
หญิง	14	7.00	86	43.00	35	17.5		
<b>ระดับการศึกษา</b>							38.95*	.302
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	4.00	2	1.00	2	1.00		
ปริญญาตรี	5	2.50	36	18.00	15	7.50		
สูงกว่าปริญญาตรี	11	5.50	84	42.00	37	18.50		
<b>สถานภาพสมรส</b>							3.17	.126
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	11	5.50	72	36.00	25	12.50		
อยู่กับคู่สมรส	13	6.50	50	25.00	29	14.50		
<b>ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อเดือน</b>							11.70	.144
พอใช้และเหลือเก็บ	8	4.00	62	31.00	30	15.00		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	7	3.50	41	20.50	12	6.00		
ไม่พอใช้	9	4.50	19	9.50	12	6.00		
<b>สายงานที่ปฏิบัติงาน</b>							.27	.037
สายวิชาการ	13	6.50	73	36.50	32	16.00		
สายสนับสนุน	11	5.50	49	24.50	22	11.00		
<b>โรคประจำตัว</b>							.17	.029
ไม่มี	19	9.50	94	47.00	43	21.50		
มี	5	2.50	28	14.00	11	5.50		

\* $p < .05$

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .48$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r = .55$ ) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r = .46$ ) การจัดการความเครียด ( $r = .45$ ) โภชนาการ ( $r = .28$ ) และการพัฒนาจิตวิญญาณ ( $r = .23$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการออกกำลังกาย ( $r = .08$ ,  $p > .05$ ) ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ( $r = .56$ ) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r = .64$ ) ด้านจัดการความเครียด ( $r = .51$ ) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r = .49$ ) ด้านโภชนาการ ( $r = .33$ ) และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ( $r = .33$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการออกกำลังกาย ( $r = .12, p > .05$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

ด้าน	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		ความสุข	
	$r$	ระดับ	$r$	ระดับ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.46*	ปานกลาง	.49*	ปานกลาง
โภชนาการ	.29*	ต่ำ	.33*	ปานกลาง
การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.55*	ปานกลาง	.64*	ปานกลาง
การพัฒนาจิตวิญญาณ	.23*	ต่ำ	.33*	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	.45*	ปานกลาง	.51*	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	.08	ต่ำ	.12	ต่ำ
โดยรวม	.48*	ปานกลาง	.56**	ปานกลาง

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

## การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ผลการวิจัย พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้วัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นวัยที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าวัยหนุ่มสาว เพราะเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม ประกอบกับภารกิจในครอบครัวลดน้อยลง เนื่องจากบุตรโตพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง บางคนอาจจะมีลูกที่แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ผู้ใหญ่ตอนกลางจึงมีเวลาเป็นของตัวเองมากขึ้น สามารถใช้เวลาเหล่านั้นมาสนใจกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ (Kasemsuk & Ritudom, 2023) การที่พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางนั้น สะท้อนให้เห็นว่าควรจะต้องปรับกลยุทธ์ในดำเนินงานด้านการเสริมสร้าง เพื่อให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละด้านทั้งด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการออกกำลังกาย ล้วนมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี ในการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด ทั้ง ๆ ที่เป็นที่รู้กันดีเกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ กล่าวคือ การออกกำลังกาย จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น กระดูกหนาและแข็งแรงขึ้น เอ็นและข้อต่อของร่างกายมีความเหนียวและหนามากขึ้น ทำให้ข้อต่อมีความแข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มวงการเคลื่อนไหว (range of motion) โดยเฉพาะข้อที่มีน้ำเลี้ยงข้อ เยื่อข้อจะสร้างน้ำหล่อเลี้ยงในปริมาณพอเหมาะที่จะทำให้การเคลื่อนไหว เป็นไปโดยคล่องตัว และไม่ทำให้หัวกระดูกเสียดสี

กันจนเกิดอันตราย (Wongkeeree, 2021) นอกจากนี้ ยังทำให้ปวดและหัวใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การย่อยอาหาร การขับเหงื่อ และการขับถ่ายทำงานดีขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาท มีความสัมพันธ์กัน และประสานกันได้ดี ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างถูกต้อง (Wongkeeree, 2021) ประเด็นการออกกำลังกายในการศึกษานี้มี 5 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย 150 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2) การออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที 3) การอบอุ่นร่างกายหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย 4) การออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็วและรู้สึกเหนื่อย และ 5) ขณะออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยท่านจะหยุดเคลื่อนไหวทันที (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2021; Solod, 2022)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน สายงานที่ปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $\chi^2 = 38.95$ , Cramer's  $V = .30$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรโรงพยาบาล (Kasempipatpong, 2015) และผลการศึกษาประชากรในจังหวัดพิจิตรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Saengsinsorn, 2021)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข ผลการวิจัยพบว่า ทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ทั้งนี้ การยอมรับนับถือตนเอง หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นการแสดงถึงความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าย่อมจะมีกำลังใจในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ด้วยความภูมิใจในตนเองจึงมีความตั้งใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าคนที่รู้สึกต่ำกว่าตนเองไร้ค่าหรือมีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (Coopersmith, 1981) รวมทั้ง การสร้างเสริมสุขภาพมีความเกี่ยวเนื่องกับความเชื่ออำนาจในตน (internal locus of control) บุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมดูแลสุขภาพตนเองได้ จะมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งอาจจะคิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องของธรรมชาติหรือเรื่องของบุญและกรรมที่ตนไม่อาจจะไปฝืนได้ ผู้ที่รับรู้เช่นนี้จะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย หรือการให้กำลังใจแก่กันและกันต่ำกว่าผู้ที่เชื่ออำนาจในตน (Pratoomsuwan & Sawangsopakul, 2021) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัยกลางคน จังหวัดสมุทรปราการพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด ( $\beta = .27$ ) ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Rojpaisarnkit, 2016) และจากการศึกษามุมมองของผู้ใหญ่กลางคนต่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในประเทศอิหร่าน กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ต้องเป็นบุคคลที่มีความสุขในจิตใจ ไม่มีความเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเครียด สามารถที่จะพูดคุย หัวเราะ มีความสนุกกับชีวิต ความสุขจะช่วยทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น

บุคคลที่ออกกำลังกายและการรับประทานอาหารสุขภาพตั้งแต่เยาว์วัย ในบั้นปลายชีวิตจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Solhi et al., 2022)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของมหาวิทยาลัยของรัฐของประเทศไทยได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

งานบุคลากรของมหาวิทยาลัย ควรพัฒนา/จัดโปรแกรมที่มีการบูรณาการทั้งการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข ร่วมกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อผลสัมฤทธิ์ที่ดีทั้งด้านคุณภาพชีวิตและการทำงาน

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาบุคลากรในทุกช่วงวัยที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและปลูกฝังเป็นวัฒนธรรมองค์กร

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สำหรับการสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2018). *Handbook of risk assessment ischemic heart disease and cerebrovascular disease (paresis, paralysis) for village health volunteer* (2<sup>nd</sup>ed.). Office of Printing Affairs Veterans Welfare Organization under the Royal Patronage. (in Thai)
- Bloom, B. S., & Krathwohl, D. R. (2020). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Book 1, cognitive domain*. Longman.
- Cherwanitchakorn, S., Shuaytong, P., & Karuhadej, P. (2019). *Health promoting behavior among nursing students in Dusit district*. The Institute of Research and Development, Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)

- Cherwanitchakorn, S, Shuaytong, P., & Karuhadej, P. (2023). Health promoting behavior among senior high school students in an institute of education. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 6(1), 31-45. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup>ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. W.H. Freeman and Company.
- Creation and lifelong learning promotion, Suan Sunandha Rajabhat University. (2017). *Human resource management plan 5 years (B.E. 2017-2021)*. <https://cls.ssr.u.ac.th/useruploads/files/20210322/d0cc0155bb91c675f04df2043fb5755b56867b9c.pdf> (in Thai)
- Division of Non-communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2023, 18 January). *Number and mortality rate of 5 NCDs 2017-2021 (diabetes mellitus, hypertension, myocardial infarction, stroke, and chronic obstructive pulmonary disease) per 100,000 population classified to provinces, health areas, and overall country (including Bangkok)*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Hui, L. (2017). Assessment of the role of ageing and non-ageing factors in death from non-communicable diseases based on a cumulative frequency model. *Scientific reports*, 7(1), Article 8159. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08539-0>
- Kasempipatpong, C. (2015). Factors related to health promotion and disease prevention behaviors at Chaophraya Yommarat Hospital. *Journal of Health Science*, 24(1), 41-49. (in Thai)
- Kasemsuk, K., & Ritudom, B. (2023). Health promotion of middle adulthood development: Nurses' role. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 368-380. (in Thai)
- Natetanon, S., & Korktathong, A. (2020). Model of working – age health promotion in the community at region 5. *Primary Health Care Division Journal*, 16(2), 8-22. (in Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2021). *The 2021 health behavior of population survey*. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Pasunon, P. (2014). Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970): Approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*, 7(2), 112-120. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6<sup>th</sup> ed.). Pearson.

- Pratoomsuwan, T., & Sawangsopakul, B. (2021). Self esteem, hardiness and self care of high school students at Bodindecha (Sing Singhaseni) 2 School, Bangkok. *Journal of the Association of Researchers*, 26(1), 374-392. (in Thai)
- Rojpaisarnkit, K. (2016). Factors Influencing health promoting behaviors of Thai elderly: A case study of middle old age in Samut Prakan Province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(3), 68-83. (in Thai)
- Saengsinsorn, P. (2021). A study of factors related to health behavior of people at risk of diabetes and hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*, 2(2), 43-54. (in Thai)
- Shuaytong, P., Suphan, B., Sirimongkhon, S., Karuhadej, P., & Cherwanitchakorn, S. (2014). Levels of happiness and self-esteem of the middle adulthood. *Journal of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University*, 1(2), 11-19. (in Thai)
- Solhi, M., Pirouzeh, R., & Zanjari, N. (2022). Perspectives on health ageing in middle age: Evidence for health promotion interventions. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, Article 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8893087/pdf/JEHP-11-5.pdf>
- Solod, W. (2022). Sedentary behaviors increases the risk factor of developing non-communicable diseases (NCDs): Prevention guidelines. *Health Science Journal of Nakhon Ratchasima*, 1(2), 42-53. (in Thai)
- World Health Organization (WHO). (2022, 16 September). *Non-communicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Womble, D. M., & Kincheloe, C. A. (2020). *Introductory mental health nursing* (4<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Wongkeeree, K. (2021). *Exercise behavior of people in Maelanoi district, Mae Hong Son Province* [Unpublished master's thesis]. Thailand National Sports University, Chiang Mai Campus. (in Thai)

## บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต้อหิน

Development of Self-Regulation and Family Support Model

among Glaucoma Patients

ปานิสรา ส่งวัฒนายุธ<sup>1\*</sup>, วิลาวรรณ คมขำ<sup>2</sup>, สุพัตรา สงขรรักษ์<sup>3</sup>

Panisara Songwatthanayuth<sup>1\*</sup>, Wilaiwan Komkhum<sup>2</sup>, Supattra Songkarak<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panisara@pckpb.ac.th; โทรศัพท์ 096-8854536)

(Received: March 20, 2023; Revised: August 17, 2023; Accepted: August 17, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต้อหิน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่มย่อย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) พัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว และ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินและสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคต้อหินมีปัญหา ได้แก่ 1) ป่วยเป็นโรคต้อหินโดยไม่รู้ตัว เมื่อรู้ก็กลัวตาบอด 2) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคต้อหิน 3) ควบคุมการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ได้และไม่ต่อเนื่อง ในด้านของความต้อหิน พบว่า 1) ครอบครัวมาเป็นดวงตา ช่วยดูแลผู้ป่วยและดูแลใจ 2) ความรู้และเทคนิคการกำกับควบคุมตนเอง และ 3) ที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาการมองเห็นยามฉุกเฉิน

2. รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต้อหิน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผน

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Nursing instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข

Register Nurse (Senior Professional Level), Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province, Ministry of Public Health

กำกับตนเองร่วมกับครอบครัว 2) กำกับ ติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมาย เพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ต่อเนื่อง 3) เสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมาย และ 4) ส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหินภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ( $t = 28.19, 28.15$  ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 26.85, 19.25$  ตามลำดับ) และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ( $M = 4.85, SD = .25$ )

รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต้อหิน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินร่วมกับครอบครัวที่บ้าน

**คำสำคัญ:** การกำกับตนเอง, การสนับสนุนของครอบครัว, ผู้ป่วยโรคต้อหิน

## Abstract

This research and development aim to 1) study the problem situation and need among glaucoma patients who had fifteen patients with glaucoma which were collected through focus group interviews and data analysis by content analysis. 2) develop of self-regulation and family support model among glaucoma patients and 3) evaluate the effectiveness of the developed self-regulation and family support model. The sample consists of 58 pairs of glaucoma patients and their families, and a simple random sampling method was used to recruit into the experimental ( $n = 29$  pairs) or control group ( $n = 29$  pairs). Data were analyzed by using descriptive statistics, and t-tests. The research findings are as follows:

1. The problem situations: 1) patients with glaucoma alarm who never realized their condition before become ignored when they knew and afraid to be blind, 2) the patients and their families do not understand about health care for glaucoma disease, and 3) there is lack of regulation in continuous health care. The needs of glaucoma patients are 1) their families' physical and mental care as if being the patients' own eyes; 2) necessary knowledge and techniques for self-regulation and 3) health consultants and helpers when any emergency vision problems occur.

2. A model of self-regulation and family support for glaucoma patients has been developed with 4 activities; 1) observe and analyze health behaviour in order to set goals and develop self-regulation plans with families 2) supervise and monitor the outcomes due to the goals for continuous self-care decision-making; 3) continuously reinforce and encourage them to achieve the goals; and 4) continue the care delivery.

3. The results are that there are statistically significant differences between pretest and posttest scores of health behaviour in the patients with glaucoma and the ability of health behaviour of their families ( $t = 28.19, 28.15, p < .01$  respectively). There are statistically significant differences between the experimental group and control group of health behaviour in the patients with glaucoma and the ability of health behaviour of their families ( $t = 26.85, 19.25, p < .01$  respectively). The satisfaction level of the self-regulation and family support model is at a very good level ( $M = 4.85, SD = .25$ ).

The self-regulation and family support model in glaucoma patients shows good health behaviour that should be applied to family care.

**Keywords:** Self-regulation, Family support, Glaucoma patients

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อหินเป็นโรคที่มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง มีสาเหตุหลักจากการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) เสื่อมสภาพหรืออุดตัน ทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนทำลายประสาทตา ร่วมกับมีการสูญเสียลานสายตาและตาบอดถาวร (Lim et al, 2016) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำในทุก ๆ ด้าน การรักษาที่สำคัญคือ การลดความดันในลูกตา โดยการใช้ยาที่ช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา และ/หรือลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา และหากไม่สามารถควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยได้ แพทย์จะทำการรักษาด้วยแสงเลเซอร์หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำหรือลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตา (Sriphon, 2018) ภายหลังจากการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ยังคงต้องรักษาโดยใช้ยาหยอดและรับประทานยาไปจนตลอดชีวิต ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พบได้บ่อยภายหลังเป็นโรคต้อหิน ได้แก่ สัมหยาอดยา ไม่ได้หยอดตา เนื่องจากยาหมดก่อนวันนัด ใช้ยาหยอดตาขาดเวลายาวนานกว่า 1 เดือน และมีการหยอดยาที่ไม่เหมาะสม (Pornvichitpisan et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีความรู้ที่เพียงพอจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต้อหินได้อย่างเหมาะสม เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน (Pornvichitpisan et al., 2018) การส่งเสริมความรู้ สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Khakai & Dawongsri, 2022) ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน เกิดจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการหยอดตา หรือรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน คือ กลัวตาบอด มีเป้าหมายของชีวิต มีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ช่วยเตือนหรือกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Kitsripisarn & Pankasikorn, 2019)

จากสถิติผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 249 คน (Phrachomkloa Hospital, Phetchaburi Province, 2021) รวมทั้ง ในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษารูปแบบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเอง ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) ตั้งเป้าหมายเชิงบวก (goal setting) ในระดับที่สามารถทำได้ และสามารถเตือนตนเอง (self-monitoring) โดยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง 2) การตัดสินใจ (judgment process) โดยให้เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินใจในพฤติกรรมนั้น และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) โดยการให้รางวัลตนเองที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ซึ่งนำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Bandura, 1986) นอกจากนี้ ครอบครัวซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือ (House, 1981) เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต่อหินและผู้ที่มีปัญหาในการมองเห็นให้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อหิน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

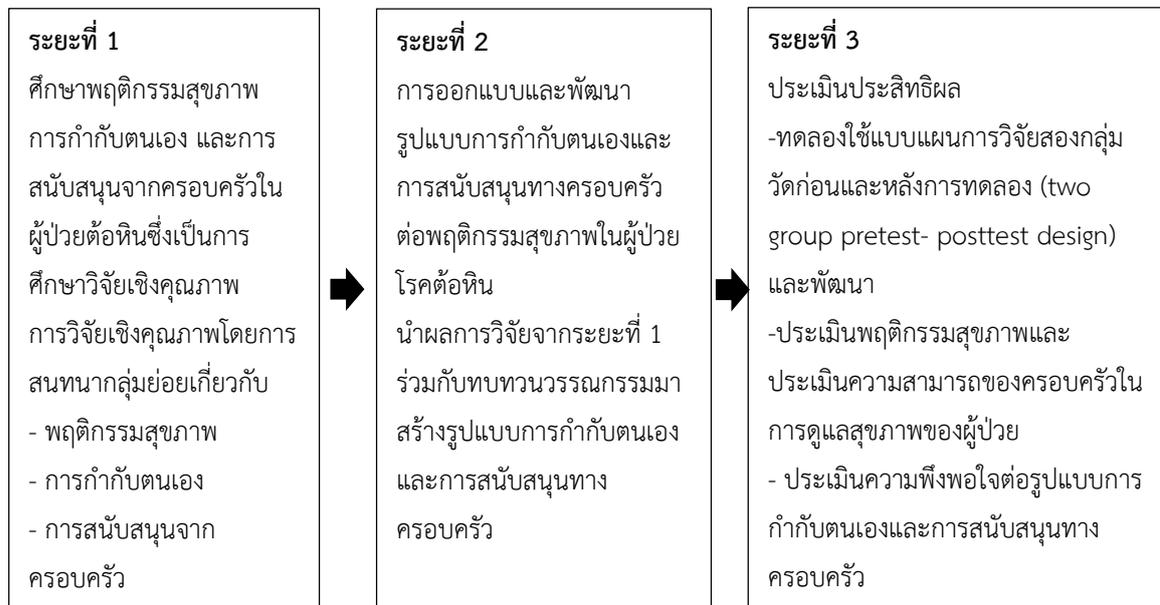
3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว

3.3 ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อหิน ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเอง (Bandura, 1986) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการ

สนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหินซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ 2) การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหิน และ 3) ประเมินประสิทธิผล มีการทดลองให้รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางครอบครัวปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินการ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development) มีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อหิน** เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2565

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 15 คน ที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Nastasi & Schensul, 2005) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 20 ถึง 60 ปี 2) มีประสบการณ์ในการรักษาต่อหินมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 3) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตาอย่างน้อย 1 ชนิด และ 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดี และให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคต่อหิน ยาที่ใช้ และโรคร่วมหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามแบบมีโครงสร้าง มี 4 คำถามหลักเกี่ยวกับประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน และความต้องการผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคตา 1 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน โดยการสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลา 45-50 นาที โดยมีบันทึกข้อมูลโดยการอัดเทป ณ ห้องจัดแสดง หอผู้ป่วยนอกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แบบ manifest content analysis (Graneheim & Lundman, 2004) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านให้ละเอียดแล้วจัดทำเป็นหน่วยความหมาย (meaning unit) ทั้งที่เป็นข้อความเป็นวลีหรือเป็นประโยค 2) มาให้ความหมายกับหน่วยความหมาย (meaning unit) นำหน่วยความหมายมาใส่ code และรหัสของผู้ให้ข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมาย ให้เป็นหัวข้อย่อย (sub-category) แล้วนำมารวมกันมาเป็นหัวข้อหลัก (category) 4) นำหัวข้อหลักมาบรรยายสาระสำคัญ จากประสบการณ์ที่สำคัญแล้ว มาสรุปความให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ 5) นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง มาจัดระบบความหมายของข้อความ จัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรองและวิเคราะห์สรุปประเด็น

### ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว

ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม- กันยายน 2565 เป็นการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อหินจากระยะที่ 1 มาร่วมวิเคราะห์ โดยใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Bandura, 1986) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) เพื่อนำไปสร้างรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว โดยมี 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) สังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนกำกับตนเองร่วมกับครอบครัว 2) กำกับ ติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง 3) เสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมาย และ 4) ส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว และคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหินผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติตา 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคต่อหินจำนวน 1 ท่าน และนำรูปแบบมา

ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปนำร่องทดลองใช้ (pilot study) กับผู้ป่วยโรคต่อหิน 5 คน และสมาชิกในครอบครัว 5 คน นำมาปรับปรุงแก้ไขสำหรับนำไปทดลองใช้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

### ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน

ดำเนินการวิจัยในเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566 เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (two groups pretest- posttest design) รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคต่อหินและสมาชิกในครอบครัว ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอก ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเปิดให้บริการทุกวัน เวลา 8.00-12.00 น. ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคต่อหินที่รักษาโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และสมาชิกในครอบครัว กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบจากโปรแกรม G\*Power 3.1.22 (Faul et al., 2007) เลือก Difference between two dependent means (two groups) สำหรับการทดสอบทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการวิจัยของ Poorat et al. (2020) เท่ากับ .70 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และกำลังการทดสอบ (power of test) .80 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มร้อยละ 10 (Lemeshow et al., 1990) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มละ 29 คู่ รวมทั้งหมด 58 คู่

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ถึง 60 ปี 2) มีประสบการณ์ในการรักษาต่อหินมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 3) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันลูกตาดำอย่างน้อย 1 ชนิด 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดี และให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 5) มีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จำนวน 1 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีเป็นต้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น เป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง หลาน เป็นต้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ มีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอาการของโรคต่อหินที่รุนแรงขึ้น หรือต้องเข้ารับการผ่าตัด และ 2) ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลขอถอนตัวจากการวิจัย และมีเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถเข้ากิจกรรมได้ครบตามการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยโรคต่อหินที่มาตรฐานนัด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งมี 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) สังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนกำกับ

ตนเองร่วมกับครอบครัว 2) กำกับ ติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง  
3) เสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมาย และ 4) ส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหิน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคต่อหิน ประกอบด้วย โรคต่อหิน อาการและอาการแสดง สาเหตุ การรักษา และการดูแลสุขภาพ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมระดับความดันโลหิต (Suratoko et al., 2014) จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อม การสังเกตความผิดปกติ และการตรวจตามนัด จำนวน 15 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การใช้ยา และการตรวจตามนัด จำนวน 15 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนนคิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Wanitbancha, 2016)

ระหว่าง 4.51 -5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระหว่าง 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นจักษุแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคต่อหิน 1 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหินและครอบครัวที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คู่ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหิน แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน เท่ากับ .87, .89 และ .82 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคต้อหินตามตารางนัดในระบบทะเบียนของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยจะเก็บผู้ป่วยโรคต้อหินในกลุ่มทดลองก่อนและตามด้วยเก็บกลุ่มควบคุม และเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิ์ตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งการลงนามแสดงความยินยอมในการเป็นอาสาสมัครการวิจัย

2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินกับผู้ป่วยโรคต้อหิน และแบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินกับครอบครัวผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนการทดลอง (pretest)

3. ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองโดยใช้รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต้อหิน ใช้เวลาจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต้อหิน

สัปดาห์/ สถานที่	กิจกรรม
สัปดาห์ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ณ หอผู้ป่วยนอก ตา หู คอ จมูก รพ.พระจอม เกล้าจังหวัดเพชรบุรี	<b>กิจกรรมที่ 1</b> สังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย และจัดทำแผนกำกับตนเองร่วมกับครอบครัว - ผู้ป่วยต้อหินวิเคราะห์ตนเองร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา - เสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน สาธิตการหยอดตาโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน - ตั้งเป้าหมายและแนวทางการให้สำเร็จตามที่คาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมจัดทำแผนกำกับพฤติกรรมสุขภาพสมุดบันทึกการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินกับครอบครัว
สัปดาห์ 2, 3 ใช้เวลา 40-60 นาที ณ บ้านของผู้ป่วย	<b>กิจกรรมที่ 2</b> กำกับ ติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง (รายบุคคล) - กำกับ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย จากสมุดบันทึกการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินกับครอบครัว - ร่วมกันคิดวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ และตัดสินใจพิจารณา และปรับแผนให้เหมาะสม - เสริมแรงให้กำลังใจ ให้สามารถกำกับตนเองให้ได้ตามแผน
สัปดาห์ 4 - 7 ใช้เวลา 35-45 นาที ทางโทรศัพท์	<b>กิจกรรมที่ 3</b> เสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมาย (รายบุคคล) - ติดตามกำกับพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับครอบครัวและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรค - เสริมแรงให้กำลังใจโดยเน้นการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง

## ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์/ สถานที่	กิจกรรม
สัปดาห์ 8	กิจกรรมที่ 4 ส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ใช้เวลา 30-40 นาที	- ติดตามกำกับพฤติกรรมสุขภาพและให้คำปรึกษา เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรค
ณ บ้านผู้ป่วยโรคต่อหิน	- แนะนำแหล่งดูแลสุขภาพทางตาอย่างต่อเนื่อง
	- กล่าวชื่นชมผู้ที่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย และให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่ถึงเป้าหมาย
	- เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินกับผู้ป่วยโรคต่อหิน แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหินกับครอบครัวผู้ป่วยโรคต่อหิน (posttest) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และในสัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินกับผู้ป่วยโรคต่อหิน แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหินกับครอบครัวผู้ป่วยโรคต่อหิน รวมทั้ง เปิดโอกาสให้เข้าร่วมการใช้รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหินตามความสมัครใจ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์คะแนนจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยต่อหิน ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารเลขที่ 4/2565 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัย การรักษาความลับ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะมีการลงนามอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

## ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต่อหิน จากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 15 คน ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

### 1.1 ปัญหาของผู้ป่วยต่อหิน ดังนี้

#### 1.1.1 ผู้ป่วยเป็นโรคต่อหินโดยไม่รู้ตัว เมื่อรู้ก็กลัวตาบอด

ผู้ป่วยโรคต่อหินส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าเป็นโรคต่อหิน ซึ่งโรคนี้มักมีอาการจะแตกต่างกันตามชนิดของโรคต่อหิน ที่พบบ่อยจะเป็นโรคต่อหินชนิดมุมเปิดจะมีอาการของโรคจะแสดงออกไม่ชัดเจนไม่กระทบกับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน อาการของโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไปในผู้ป่วยโรคต่อหิน มีตามัว มองไม่ชัด เห็นแสงวูบวาบ เห็นเส้นตรงเป็นเส้นคด ปวดตา เป็นต้น

“เห็นเส้นตรงเป็นเส้นคด เห็นภาพซ้อนเป็นบางครั้ง ไม่รู้ตัวว่าเป็นต่อหิน รู้ตอนมาตรวจ” (P4)

“มองเห็นไม่ค่อยชัด ตาฟางๆ ตามองไม่แจ่ม มีหมื่น ๆ มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ด้านข้างมองไม่เห็น มาแบบเฉียบไม่รู้ตัว” (P5)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคต่อหินมาโรงพยาบาลด้วยอาการตามัว มองไม่ชัด บางคนก็มีอาการปวดตา คลื่นไส้อาเจียน ถึงมาตรวจพบว่าเป็นโรคต่อหิน เมื่อทราบผลทำให้มีความรู้สึกกลัวกับโรคเหมือนเป็นภัยเงียบ กลัวตาบอดโดยไม่รู้ตัว

“กลัวที่ตามองไม่เห็น เครียดนะ คิดว่าถ้ารักษาก็จะหายไป จะทำงานยังในงานที่ทำก็ต้องใช้ตา” (P1)

“เป็นอาจารย์สอนหนังสือ กลัวตาบอดแล้วจะสอนหนังสือทำงานอย่างไร เพราะโรคนี้มาโดยไม่รู้ตัว สำหรับตัวเองไม่มีอาการไม่รุนแรง มีตาแดงเท่านั้นมาตรวจนึกว่าเป็นโรคตาแดงเสียอีก” (P8)

#### 1.1.2 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคต่อหิน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อหินมักไม่ค่อยเข้าใจในการดูแลตนเองที่แตกต่างกับโรคตาอื่นๆ ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลหยอดตา การนอนหนุนหมอน การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและทางเดินที่บ้าน และการมาตรวจตามนัด

“ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตาข้างที่เป็นต่อหินอะไรเป็นพิเศษ” (P7)

“พยายามกินอาหารบำรุงสายตา ลดเค็มลดหวานด้วย เดี่ยวเบาหวานขึ้นตาอีก” (P11)

“ไม่รู้ว่าจะนอนหนุนหมอนสูงได้เปล่าเมื่อเป็นต่อหิน” (P14)

“หยอดตาเข้าบ้าง ไม่เข้าบ้างนะ หยอด 3 ครั้งเข้าครึ่งหนึ่ง” (P15)

เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคต่อหิน จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคต่อหินมีพฤติกรรมป้องกันโรคต่อหินที่เหมาะสมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การออกกำลังกาย การจัดเตรียมอาหาร การช่วยหยอดตา การจัดบ้านที่เหมาะสม รวมทั้งการพามาพบแพทย์ตามนัด

“ภรรยาของผมนึกก็ไม่รู้ว่าจะคอยดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคต่อหินอย่างไรบ้าง ในเรื่องการออกกำลังกาย ออกได้อย่างไร ทำอะไรให้กินได้บ้าง ช่วยหยอดตาได้บ้าง ได้แต่ให้กำลังใจกันไป” (P12)

“เราเองกับแฟนก็ไม่แน่ใจว่าจะออกกำลังกายอย่างไรที่เหมาะสมที่จะไม่กระเทือนลูกตา ความดันในตาจะได้ไม่ขึ้น หรือแม้แต่การหยอดตาที่ยังช่วยหยอดบ้างไม่ได้ช่วยบ้างก็ตาม” (P5)

### 1.1.3 ควบคุมตนเองไม่ได้ในการดูแลสุขภาพและไม่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคต้อหินในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีการกำกับตนเองได้บ้างบางครั้ง มีเวลาในการสนใจสุขภาพทางตาน้อย บางครั้งการหยอดตาไม่เป็นไปตามเวลา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับตาอาจจะน้อยตามไปด้วย

“กำกับตนเองได้นะ บางทีก็ลืม วันกับงาน กินอาหารเป็นจานด่วนเร่งไป กลับถึงบ้านก็นอน ความใส่ใจในการดูแลตนเองน้อยลง” (P8)

ผู้ป่วยโรคต้อหินจะเป็นกลุ่มวัยทำงาน เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวัน จะใช้เวลากับการทำงาน ทำให้เกิดการละเลยในการดูแลที่ต่อเนื่อง

“ถ้าหยอดตาเองสม่ำเสมอน่าจะมีผลดี ความดันในลูกตาทำจะลด” (P6)

## 1.2 ความต้องการของผู้ป่วยโรคต้อหิน ดังนี้

### 1.2.1 ต้องการครอบครัวเป็นดวงตาช่วยดูแลผู้ป่วยและดูแลใจ

ผู้ป่วยโรคต้อหินในการศึกษาครั้งนี้อยู่กับครอบครัว ฉะนั้นครอบครัวกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกัน ผู้ป่วยโรคต้อหินต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การช่วยหยอดตา การพามาตรวจตามนัดเพราะเวลาหยอดตาขยายรูม่านตาจะมีผลต่อทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพไม่ชัด การดูแลบ้านไม่ให้อากาศที่เกะกะ มีไฟที่ช่วยในการมองเห็นทางเพื่อไม่ให้เกิดการทกถล่มและอุบัติเหตุเกิดขึ้น

“ลูกชายช่วยหยอดตาให้ ป้าหยอดตาไม่เข้า หยอดตาตรงเวลา” (P2)

“อยากให้ลูกขับรถไปส่งโรงพยาบาลเมื่อหมอนัด เพราะตามองไม่ชัดข้างทาง กลัวขับรถไปชนรถคันอื่นอีก” (P2)

“ทางเดินที่บ้านก็ต้องดูแล ลูกมาช่วยจัดที่ทางเดินให้ดี จะได้ไม่ล้มคะมำ เพราะตามองไม่ชัด” (P11)

ผู้ป่วยโรคต้อหินต้องการความเข้าใจ เป็นกำลังใจ พุดคุยไถ่ถามอาการที่เจ็บป่วยและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนสำคัญในครอบครัว

“อายุมากขึ้นต้องให้ลูกพามาหาหมอ เป็นดวงตา ดวงใจที่ช่วยเหลือ” (P3)

“ต้องการให้ลูกจำวันนัดได้ ต้องการคนที่ให้กำลังใจ” (P9)

### 1.2.2 ต้องการความรู้และเทคนิคการกำกับควบคุมตนเอง

ผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่จะมีการกำกับตนเองตามแผนในการดูแลสุขภาพไม่ครบถ้วน จึงมีความต้องการขอแนะนำหรือเทคนิคที่สามารถทำได้จริงในการกำกับตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีลดความรุนแรงของโรคได้

“ทำยังไงดี จะจัดการตนเองให้มีวินัยได้ค่ะ เบื่อตนเอง ตาก็ไม่ค่อยดี” (P2)

“อยากได้เทคนิคการควบคุมตนเอง ช่วยตนเองได้ นอกจากมีลูกช่วยค่ะคุณหมอ” (P10)

ผู้ป่วยโรคต้อหินส่วนใหญ่ต้องการข้อมูล ความรู้ที่ชัดเจน เกี่ยวกับการเกิดโรคสาเหตุ การรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนการปฏิบัติตนที่จะช่วยในการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติของตนเองได้

“อยากให้หมอ พยาบาลมาสอนในการดูแลตนเองไม่ให้ตาบอด กลัว” (P2)

“อยากรู้ว่าจะสังเกตอาการตนเองอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดความดันลูกตาที่สูงมากขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดตาบอดน่ากลัวมาก เราต้องทำงานท่ามาหาทุกวัน” (P12)

### 1.2.3 ต้องการที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการมองเห็นยามฉุกเฉิน

ผู้ป่วยโรคต้อหินเมื่อเป็นโรคแล้วก็ต้องการหาย หรืออาการดีขึ้น แต่บางครั้งยังขาดที่ปรึกษายามที่มีอาการผิดปกติทางตาเกิดขึ้น

“เวลามองไม่เห็น หรือสงสัยอยากมีใครช่วยตอบ” (P6)

“เครียด กังวลกับตาที่เป็น ความดันลูกตาขึ้นเมื่อไรไม่รู้ อยากมีคนเป็นที่ปรึกษา” (P7)

ผู้ป่วยโรคต้อหินมักมีความกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นที่เกิดขึ้น เกิดปัญหาทางตาเกิดขึ้นต้องการหาผู้ช่วยเหลือที่ชัดเจนเพื่อจะได้พึ่งพา สบายใจและจะได้ขอความช่วยเหลือได้

“เวลาตามองไม่เห็น ทำไงดีกังวลหรือสงสัยอยากมีใครช่วยและมาช่วยเหลือได้ กลัวตาจะบอด” (P5)

## 2. ประสิทธิภาพรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต้อหิน

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคต้อหินและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ส่วนใหญ่มีคู่สมรส และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,001-10,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคต้อหิน 1-5 ปี ไข้ยาชนิดเดียวและมีการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการทดสอบโคสแควร์พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบโคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคต้อหิน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 58)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 29 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 29 คน)		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
หญิง	17	29.31	18	31.03	.07	.79
ชาย	12	20.69	11	18.97		
<b>อายุ (ปี)</b>						
40-49	11	18.97	10	17.24	.08	.78
50-59	18	31.03	19	32.76		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ปริญญาตรี	2	3.45	1	1.72	.50	.78
มัธยมศึกษา	18	31.03	20	34.48		
ประถมศึกษา	9	15.52	8	13.79		

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 29 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 29 คน)		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สภาพสมรส</b>						
มีคู่สมรส	27	46.55	26	44.83	.22	.64
ไม่มีคู่สมรส	2	3.45	3	5.17		
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	11	18.97	12	20.69	.08	.78
เกษตรกรกรรม	18	31.03	17	29.31		
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>						
5,001-10,000	21	36.21	22	37.93	.15	.63
10,001-20,000	8	13.79	7	12.07		
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>						
เพียงพอ	2	3.45	3	5.17	.22	.64
ไม่เพียงพอ	27	46.55	26	44.83		
<b>ระยะเวลาในการเป็นโรคต่อหิน (ปี)</b>						
1-5	21	36.21	20	34.48	.08	.56
มากกว่า 5	8	13.79	9	15.52		
<b>จำนวนของยาที่ใช้</b>						
1 ชนิด	27	46.55	26	44.83	.22	.64
2 ชนิด	2	3.45	3	5.17		
<b>การเจ็บป่วยอื่นๆ</b>						
โรคความดันโลหิตสูง	27	46.55	26	44.83	.61	.71
โรคเบาหวาน	2	3.45	3	10.35		

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคต่อหิน กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 25.68 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 20.69 ส่วนใหญ่โสดและมีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลาน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 18.97 ส่วนใหญ่เป็นโสดและมีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลานของผู้ป่วยโรคต่อหิน ผลการทดสอบไคสแควร์พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคต่อหิน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n = 58$ )

รายการ	กลุ่มทดลอง ( $n = 29$ คน)		กลุ่มควบคุม ( $n = 29$ คน)		$\chi^2$	$P$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.07	.79
หญิง	15	25.68	16	27.59		
ชาย	14	24.14	13	22.41		
อายุ (ปี)					.33	.85
30-39	8	13.79	10	17.24		
40-49	12	20.69	11	18.97		
50-59	9	15.52	8	13.79		
สภาพสมรส					.48	.49
มีคู่สมรส	4	6.90	6	10.34		
โสด	25	43.10	23	39.66		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					.29	.59
บุตร/หลาน	19	32.76	17	29.31		
สามี/ภรรยา	10	17.24	12	20.69		

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินภายหลังเข้ารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว ( $M = 4.98, SD = .03$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M = 3.85, SD = .21$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 28.19, p < .01$ ) คะแนนเฉลี่ยความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ภายหลังเข้ากิจกรรมตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว ( $M = 4.98, SD = .03$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M = 3.85, SD = .21$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 28.15, p < .01$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ระดับ และผลการทดสอบที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean difference	$t$
	$(n = 29)$			$(n = 29)$				
	$M$	$SD$	ระดับ	$M$	$SD$	ระดับ		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	3.85	.21	มาก	4.98	.03	มากที่สุด	-1.13	28.19*
ความสามารถของครอบครัว	3.84	.19	มาก	4.95	.04	มากที่สุด	-1.11	28.15*

\* $p < .01$

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหิน ( $M = 4.98, SD = .03$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 3.85, SD = .22$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 26.85, p < .01$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ( $M = 4.95, SD = .04$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 3.89, SD = .30$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.25, p < .01$ ) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ระดับ และผลการทดสอบที่ พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหิน ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหิน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n= 29)			กลุ่มควบคุม (n= 29)			Mean difference	t
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมสุขภาพ	4.98	.03	มากที่สุด	3.85	.22	มาก	-1.13	26.85*
ความสามารถของครอบครัว	4.95	.04	มากที่สุด	3.89	.30	มาก	-1.06	19.25*

\* $p < .01$

3.3 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อหิน ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินและครอบครัวมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.85, SD = .25$ ) รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ กิจกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินและครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุน ( $M = 4.96, SD = .20$ ) รองลงมาคือ ผู้สอนมีความสามารถในการสอนที่เหมาะสม ( $M = 4.91, SD = .29$ ) และต่ำที่สุด คือ จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ( $M = 4.72, SD = .45$ ) ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต้อหินและครอบครัว หลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต้อหิน ( $n = 29$ )

รายการ	$M$	$SD$	ระดับ
กิจกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินและครอบครัวมีส่วนสนับสนุน	4.96	.20	มากที่สุด
กิจกรรมช่วยเพิ่มความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพในการมองเห็นแก่ผู้ป่วยโรคต้อหิน	4.91	.29	มากที่สุด
มีวิธีการสอนที่มีความเหมาะสม	4.79	.41	มากที่สุด
ผู้สอนมีความสามารถในการสอนที่เหมาะสม	4.95	.22	มากที่สุด
คู่มือและสื่อการสอนมีความเหมาะสม	4.78	.41	มากที่สุด
จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.72	.45	มากที่สุด
เวลาที่ใช้มีความเหมาะสม	4.89	.31	มากที่สุด
สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.79	.41	มากที่สุด
โดยรวม	4.85	.25	มากที่สุด

## การอภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต้อหิน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่พบในผู้ป่วยต้อหิน ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคต้อหินโดยไม่รู้ตัว อาการเตือนมาเรื่อยๆ เมื่อรู้ก็กลัวตาบอด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Fraenkel et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินจะรู้สึกว่าการเป็นโรคต้อหินส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และมีความวิตกกังวลกับการสูญเสียการมองเห็น และผู้ป่วยกลัวตาบอด ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคต้อหิน ได้แก่ การหยอดตา การมาพบแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังควบคุมตนเองไม่ได้ในการดูแลสุขภาพและไม่ต่อเนื่อง ต้องการเทคนิคการควบคุมตนเอง เนื่องจากไม่ทราบผลเสียของการไม่หยอดตาที่ไม่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีวินัยในการกำกับตนเอง ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และผู้ป่วยต้อหินมีความต้องการให้ครอบครัวมาเป็นดวงตาช่วยดูแลผู้ป่วยและดูแลใจ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผูกพัน เป็นคนสำคัญทางจิตใจของผู้ป่วย ที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตน คอยเตือน คอยกระตุ้นในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคต้อหิน เนื่องจากความรู้ความเข้าใจจะช่วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยต้อหินและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี และต้องการที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการมองเห็นยามฉุกเฉิน เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินยามที่มีปัญหาในการมองเห็น ที่จะช่วยให้ข้อมูลในการรักษาและคลายความวิตกกังวลได้ (Kitsripisarn & Pankasikorn, 2019)

2. ประสิทธิภาพรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต้อหิน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินหลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางครอบครัวในผู้ป่วยต้อหินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหีนหลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหีนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวได้ว่าเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคต่อหีนมีความสามารถในการกำกับตนเอง ร่วมกับได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Bandura, 1991) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยต่อหีน โดยการสังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพตนเองร่วมกับครอบครัว กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนกำกับตนเอง พร้อมทั้งเพิ่มเติมความรู้ ทำให้เกิดกระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่จะปฏิบัติตนได้จริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และมีการกำกับตนเอง มีความตั้งใจ ใส่ใจ พยายามสร้างวินัยในการปฏิบัติ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวัน (Poorat et al., 2020) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนร่วมกับครอบครัวมีการกำกับ ติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง มีการเสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่เป้าหมายส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Suksanan et al., 2016) รวมทั้ง มีการติดตามทางโทรศัพท์จะช่วยติดตามและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Songwatthanayuth et al, 2019) นอกจากนี้การได้เยี่ยมบ้านซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยในการมองเห็นสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านตามบริบทจริงของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น (Poorat et al., 2020) และการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการดูแลต่อได้

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคต่อหีนและครอบครัวหลังได้รับรูปแบบอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคต่อหีนและครอบครัว อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่จัดขึ้นมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันที่จะช่วยในการกำกับตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหีน ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบครัวมีความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระฉก และความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีความสามารถมากขึ้น (Songwatthanayuth et al, 2019)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรพัฒนารูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวให้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อหีนครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และครอบคลุมทุกระยะของโรค

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยติดตามผลของการใช้รูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคต่อหีนในระยะยาวเพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหีน

## เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fraenkel, A., Lee, G. A., Vincent, S. J., Vincent, R. A., Bourne, R. R., & Shah, P. (2019). Lessons learned from the development and implementation of a patient-reported outcome and experience measure (POEM) in an Australian glaucoma practice. *BMC Ophthalmology*, 19, Article 192. <https://doi.org/10.1186/s12886-019-1198-7>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Khakai, R., & Dawongsri, P. (2022). The effect of the information-motivation-behavioral skills program on medication adherence elderly glaucoma patients at Udontani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(3), 421-434. (in Thai)
- Kitsripisarn, S., & Pankasikorn, P. (2019). Glaucoma patients' adherence to therapy: Qualitative research. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(4), 19-33. (in Thai)
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Wiley.
- Lim, N., Fan, C. H., Yong, M. K., Wong, E. P., & Yip, L. W. (2016). Assessment of depression, anxiety, and quality of life in Singaporean patients with glaucoma. *Journal of Glaucoma*, 25(7), 605-612.
- Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology*, 43(3), 177-195.
- Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province. (2021). *Statistical data of glaucoma patients*. Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province. (in Thai)
- Poorat, J., Pichayapinyo, P., & Lagampan, S. (2020). Effects of self-regulation program on glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 20-33. (in Thai)

- 
- Pornvichitpisan, S., Kajornchaikul, P., & Buriprasert, C. (2018). Understanding of eye drop use in glaucoma outpatients of King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(2), 187-95. (in Thai)
- Songwatthannayuth, S., Savatsuwa, B., & Nongnouch, S. (2019). Effects of a family nursing intervention based on the Illness Believe model on ability of health behavior in post operation of cataract patients and ability of health behavior of their families with cataract patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 1(2), 16-31. (in Thai)
- Sriphon, P. (2018). Prevalence of vision loss in glaucoma. *Chaiyaphum Medical Journal*, 38(2), 46-55. (in Thai)
- Suksanan, P., Bchobtrong, S., & Pranprawit, A. (2016). Effects of a weight reduction program with application of self-regulations and social support among village health volunteers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 46-59. (in Thai)
- Suratako, R., Silpasuwan, P., Satitvipawee, P., & Kitnarong, N. (2014). The effect of self-care behavior promotion program for intraocular pressure control among the elderly with glaucoma. *Siriraj Nursing Journal*, 7(2), 16-60. (in Thai)
- Wanitbancha, K. (2016). *Statistical analysis: Statistics for administration and research*. (16<sup>th</sup> ed.). Printing House of Chulalongkorn University. (in Thai)



## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์  
ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี  
Factors influencing Medication Administration Errors with Computerized  
Physician Order Entry System of Nurses in Out-patient Department  
: A Private Hospital in Chonburi Province

อภิศักดิ์ พุดซ้าย<sup>1\*</sup>, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์<sup>2</sup>

Apisak Putsai<sup>1\*</sup>, Sukanya Chongthawonsatid<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: apisak.put@student.mahidol.edu; เบอร์โทรศัพท์ 086-1461919)

(Received: March 15, 2022; Revised: July 17, 2023; Accepted: July 23, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 92 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการให้ยาคลาดเคลื่อน ร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี มีการให้ยา ร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์คลาดเคลื่อน ร้อยละ 20.65 ปัจจัยที่ร่วมทำนายความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ( $OR_{adj} = 8.44, 95\%CI: 1.46 - 48.15, p < .05$ ) และการมีความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง ( $OR_{adj} = 9.66, 95\%CI: 2.07 - 44.92, p < .01$ ) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 26.30

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต (การจัดการเวชสารสนเทศ) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
Master Student of Management Program in Medical Information Management,

Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Associate Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

การวิจัยนี้สนับสนุนว่า โรงพยาบาลควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ลงในหลักสูตรอบรมสำหรับบุคลากร รวมทั้ง พัฒนาการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการจัดการทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา และการบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

**คำสำคัญ:** พยาบาล, ระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์, ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

## Abstract

The descriptive research aims to study factors influencing medication administration errors of outpatient nurses with computerized physician order entry systems (CPOE) of nurses in the outpatient department. The sample consists of 92 out-patient nurses from a private hospital in Chonburi Province. The data were collected from Individual factors, workplace environments factors and experiences of dispensing errors in medication administration with CPOE. The analysis is based on descriptive statistics and logistic regression analysis in the enter methods were used.

The study's findings show that among the 92 sample nurses in the outpatient department from the particular private hospital in Chonburi Province of 92 people, there are 19 people or a level of 20.65% have undergone dispensing errors in medication administration with CPOE whereas 73 people or a level 79.34 % have not. The logistic regression analysis reveals that the communication between multidisciplinary teams is at ( $OR_{adj} = 8.44, 95\%CI: 1.46-48.15, p < .05$ ), and a high level of complexity of patient care along with dynamic work which is at ( $OR_{adj} = 9.66, 95\%CI: 2.07-44.92, p < .01$ ) are predicted at 26.30 % with statistical significance at the .01 level.

These results imply that the hospital should take CPOE content into a training program regarding CPOE, as well as improve communicative ways between multidisciplinary teams. Nursing management in the care of complex patients, too, should be developed to reduce medication administration errors and to provide the most efficient services.

**Keywords:** Nurse, Computerized physician order entry systems (CPOE), Medication administration error

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ (computerization physician order entry: CPOE) ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescription errors) และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการรักษา (transcription errors) ที่เกิดจากลายมือแพทย์ (Korb-Savoldelli et al., 2018) ความคลาดเคลื่อนทางยาถือเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ดังรายงานไว้ในทุก ๆ ปีจะมีประชากรในสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาประมาณ 7,000 ถึง 9,000 คนต่อปี ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจและความน่าเชื่อถือในระบบบริการสุขภาพลดลง ในอนาคตปัญหาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากความซับซ้อนในการรักษาโรค รวมไปถึงยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาโรคที่มีมากขึ้น (Tariq et al., 2023) ในประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 22 แห่ง ในปี พ.ศ.2558 พบรายงานที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 85 ฉบับ จากรายงานเหตุการณ์ 2,206 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 4.25 ซึ่งเป็นการให้ยาเกินขนาด 25 เหตุการณ์ ร้อยละ 29.4 ประเภทข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยที่สุดคือ การให้ยาผิดชนิด (wrong drug) ร้อยละ 22.4 และน้อยที่สุดคือ บันทึกรายการให้ยาผิด ร้อยละ 8.2 และเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือ category D หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม ร้อยละ 22.35 และน้อยที่สุดคือ category F หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ร้อยละ 3.5 (Lerdsirisopon et al., 2018)

ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาเป็นปัญหาหลักที่เป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทั่วโลกต้องให้ความสำคัญ (Parry et al., 2015) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้ประกาศให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นประเด็นท้าทายในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก ภายใต้โครงการ “The Global Patient Safety Challenge on Medication Safety” โดยตั้งเป้าที่จะลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาทั่วโลก ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี (World Health Organization, 2017) และประเทศไทยได้ตอบรับเข้าร่วมกับองค์การอนามัยโลก โดยกำหนดให้ วันที่ 17 กันยายน ของทุกปีเป็น “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)” (The Healthcare Accreditation Institute, 2020) โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จึงได้นำระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ (computerized physicians order entry system: CPOE) ร่วมกับระบบการบันทึกการให้ยาทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medication administration record: E-MAR) มาใช้อย่างเต็มรูปแบบในแผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาลดลง แต่สถิติความคลาดเคลื่อนในการให้ยาสูงขึ้น จากปี 2558 เท่ากับ .54 ต่อ 1,000 รายการยาที่สั่ง (order item) เป็น 1.04 ต่อ 1,000 รายการยาที่สั่งในปี 2559 จากการทบทวนหลังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า เกิดจากการบูรณาการกระบวนการพยาบาลในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ เช่น การอ่านรายการยา การตรวจสอบ การบันทึกการให้ยาจากหน้าจอบันทึกการให้ยาทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAR) และการไม่เคยชินกับการปฏิบัติงานร่วมกับระบบสั่งยาโดยทางคอมพิวเตอร์

ประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบคือ ให้อาหารผิดเวลา ร้อยละ 60 ลืมให้อาหาร ร้อยละ 20 ให้อาหารผิดผลิตภัณฑ์ ร้อยละ 10 และให้อาหารผิดความถี่ ร้อยละ 10 ซึ่งความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเกินค่ามาตรฐานที่โรงพยาบาลสามารถยอมรับได้และสะท้อนถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้คือ ไม่เกิน .51 ต่อ 1,000 รายการสั่งใช้ยา (Bangkok Pattaya Hospital, 2019)

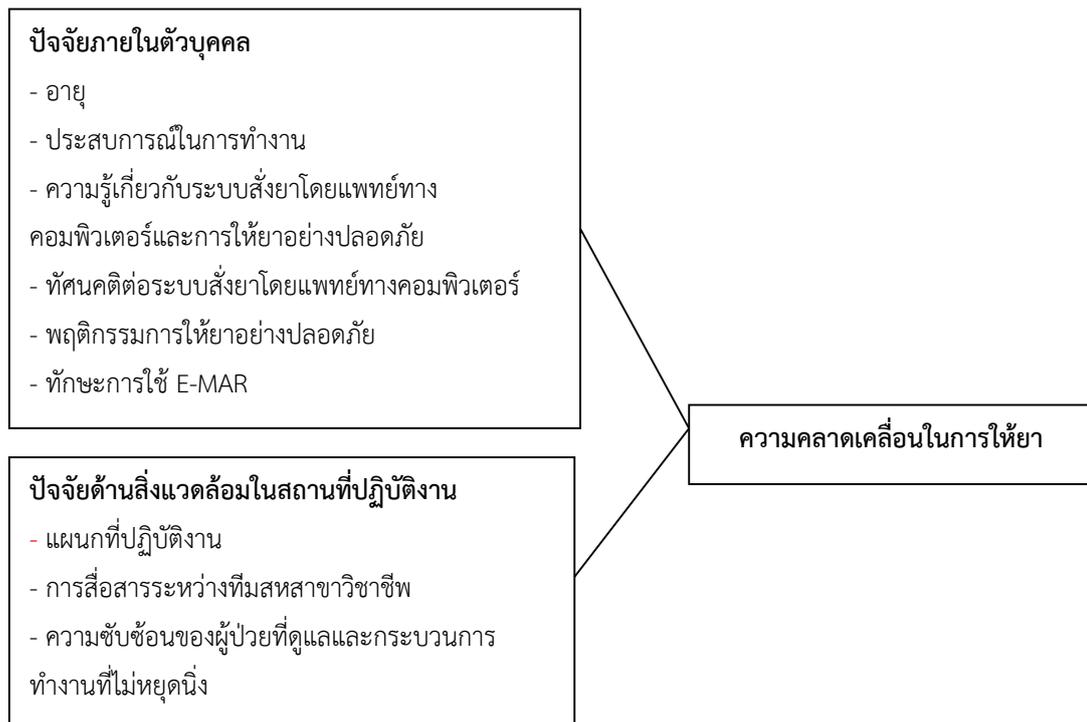
จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาโดยพยาบาลร่วมกับระบบสั่งใช้ยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงาน การอบรม CPOE และ E-MAR การไม่ถูกขัดจังหวะ การไม่มีคู่มือในการให้ยา การสื่อสารกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และอายุของพยาบาล มีความสัมพันธ์ต่อการให้ยาคลาดเคลื่อนร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ (Wondmieneh et al., 2020) การให้ยาร่วมกับระบบ CPOE และ E-MAR มีคลาดเคลื่อนลดลงจาก 48.0% เป็น 36.9% อย่างมีนัยสำคัญ และสาเหตุหลักของการให้ยาคลาดเคลื่อนคือ ความล้มเหลวในการปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานที่กำหนดไว้ (Vicente Oliveros et al., 2017) และองค์การอนามัยโลกได้สรุปปัจจัยเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรการแพทย์ ผู้ป่วย ยา สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และระบบสารสนเทศ (World Health Organization, 2014) จึงสนใจที่จะศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหาร และหาแนวทางพัฒนาให้พยาบาลเกิดความรู้ความชำนาญในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาสูงสุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ใช้แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและความปลอดภัยคือ ทฤษฎีเนยแข็ง (The Swiss cheese model) (Larouzeé & Guarnieri, 2015) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) โดยมีปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ ประสิทธิภาพในการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์และการให้ยาอย่างปลอดภัย ทักษะการให้ยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ พฤติกรรมการให้ยาอย่างปลอดภัย ทักษะการใช้ E-MAR และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและกระบวนการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2565 จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 92 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูป (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 (Lemeshow et al., 1990) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 98 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ภายหลังจากการผ่านการทดลองงานมาแล้ว มากกว่า 3 เดือน 2) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ (CPOE) และ การใช้แบบบันทึกการให้ยาทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAR) 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 3 เดือน และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ร่วมกับระบบสั่งยา โดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสร้างมาเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาล ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์และการให้ยาอย่างปลอดภัย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

$\geq$ ร้อยละ 80 ( $\geq$ 9.60 คะแนน)	หมายถึง ระดับสูง
ร้อยละ 60.00-79.99 (ระหว่าง 7.20 – 9.59 คะแนน)	หมายถึง ระดับปานกลาง
$<$ ร้อยละ 60 ( $<$ 7.20 คะแนน)	หมายถึง ระดับต่ำ

แบบสอบถามทัศนคติต่อระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมกรให้ยาอย่างปลอดภัย จำนวน 11 ข้อ และแบบสอบถามทักษะการใช้ electronic medical administration record (E-MAR) จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 10 ระดับระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนไปถึง 10 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ และความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและกระบวนการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 10 ระดับ ระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนไปถึง 10 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานค่าทั้งในตอนต้นที่ 1 และ 2 คิดคะแนนเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

ระหว่าง 7.01 - 10.0. คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่าง 4.01 - 7.00 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 1.00 - 4.00 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์ในการให้ยาคลาดเคลื่อน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านคุณภาพการพยาบาล อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการการ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) ได้เท่ากับ .80 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบสั่ง

ยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์และการให้ยาอย่างปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) เท่ากับ .79

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง รายละเอียด ดังนี้

1. ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขา สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากประธานโครงการปริญญาโท สาขาการจัดการ เวชสารสนเทศ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอ ความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งในการวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์โดยการใช้ระบบคิวอาร์โค้ด (QR code system) ให้กลุ่มตัวอย่างสแกนเข้าระบบเพื่อทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลา ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการให้ยาคลาดเคลื่อนระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติ พรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละปัจจัยกับตัวแปรความคลาดเคลื่อนในการ ใช้ยาร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้สถิติ Crude Odd ratio ( $OR_{Crude}$ ) และค่าความเชื่อมั่น 95% confidential Interval (CI) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์โดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้สถิติ binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทำการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นค่าสัมประสิทธิ์ สัมพันธ์เสปียร์แมน ( $r_s$ ) ระหว่างตัวแปรที่มีค่าน้อยกว่า 0.80 (Stevens, 1996) แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) โดยมีเกณฑ์การแปลผลขนาด ความสัมพันธ์จากค่า Adjust Odd ratio ( $OR_{Adj}$ ) หรือค่า Exp (B) ดังนี้ (Sperndei, 2014)

ค่า Adjust Odd ratio ( $OR_{Adj}$ ) = 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

ค่า Adjust Odd ratio ( $OR_{Adj}$ ) > 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเพิ่มโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

ค่า Adjust Odd ratio ( $OR_{Adj}$ ) < 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

### **การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส MU-SSIRB No. 2020/206 (B2) ลงวันที่ 29 กันยายน 2564

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 92 คน พบว่า มีการให้ยาร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์คลาดเคลื่อน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 20.65 และถูกต้อง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 79.34 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ พยาบาลที่มีอายุมากกว่า 30 ปีมีโอกาสให้ยาคลาดเคลื่อนมากกว่าพยาบาลที่มีอายุ 21-30 ปี 5.56 เท่า ( $OR_{Crude} = 5.56, 95\%CI: 1.92-16.60, p < .05$ ) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปี มีโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี 3.36 เท่า ( $OR_{Crude} = 3.36, 95\%CI: .93 - 12.16, p < .05$ ) พยาบาลที่มีพฤติกรรมการให้ยาอย่างปลอดภัยในระดับมาก สามารถลดโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนได้มากกว่า ในระดับปานกลาง .03 เท่า ( $OR_{Crude} = .03, 95\%CI: .00 - .35, p < .05$ ) และพยาบาลที่มีทักษะการใช้ E-MAR ในระดับมาก มีโอกาสลดโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนได้มากกว่าพยาบาลที่มีทักษะในระดับปานกลาง .26 เท่า ( $OR_{Crude} = .26, 95\%CI: .00 - .25, p < .01$ )

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก สามารถลดโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนได้มากกว่าในระดับปานกลาง .15 เท่า ( $OR_{Crude} = .15, 95\%CI: .04 - .53, p < .05$ ) ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่งในระดับมาก สามารถลดโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนได้มากกว่าความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่งในระดับน้อย .29 เท่า ( $OR_{Crude} = .29, 95\%CI: .10 - .83, p < .05$ ) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการให้ยาคลาดเคลื่อนร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี (n = 92)

ปัจจัย	ให้ยาถูกต้อง (n = 73)		ให้ยาคลาดเคลื่อน (n = 19)		$OR_{Crude}$	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปัจจัยภายในตัวบุคคล</b>						
<b>อายุ (ปี)</b>						
>30	17	18.48	12	13.04	5.56*	1.92-16.60
21-30	56	60.87	7	7.61	1	
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)</b>						
>5	7	7.61	5	5.43	3.36*	.93 - 12.16
1-5	66	71.74	14	15.22	1	
<b>ความรู้เกี่ยวกับระบบ CPOE</b>						
สูง	65	70.65	17	18.48	1.06	.20 - 5.38
ปานกลาง	8	8.70	2	2.17	1	

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ให้ยาถูกต้อง (n = 73)		ให้ยาคลาดเคลื่อน (n = 19)		OR <sub>Crude</sub>	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ทัศนคติต่อระบบ CPOE</b>						
มาก	31	33.70	10	10.87	1.50	.54 - 4.11
ปานกลาง	42	45.65	9	9.78	1	
<b>พฤติกรรมการให้ยาอย่างปลอดภัย</b>						
มาก	72	78.26	14	15.22	.03*	.00 - .35
ปานกลาง	1	1.09	5	5.43	1	
<b>ทักษะการใช้ E-MAR</b>						
มาก	73	79.35	14	15.22	.26**	.00 - .25
ปานกลาง	0	0	5	5.43	1	
<b>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน</b>						
<b>การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ</b>						
มาก	67	72.83	12	13.04	.15*	.04 - .53
ปานกลาง	6	6.52	7	7.61	1	
<b>กลุ่มแผนกที่ปฏิบัติงาน</b>						
อายุรกรรม	50	54.35	9	9.78	.41	.14 - 1.15
ศัลยกรรม	23	25.00	10	10.87	1	
<b>ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง</b>						
มาก	55	59.78	12	13.04	.29*	.10 - .83
น้อย	18	19.57	7	7.61	1	

\*p &lt; .05, \*\*p &lt; .01

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี พฤติกรรมการให้ยาอย่างปลอดภัยในระดับมาก ทักษะการใช้ E-MAR ในระดับมาก การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก และความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและกระบวนการทำงานที่ไม่หยุดนิ่งในระดับมาก เพื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์โดยวิธี Enter ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยวิธี Hosmer and Lemeshow Test มีค่า  $\chi^2$  เท่ากับ 3.73 ( $p = .81$ ) แสดงว่าแบบจำลองมีความเหมาะสม การทดสอบ Step Block Model มีค่า  $\chi^2$  เท่ากับ 51.86,  $p < .001$  แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่า Nigelkerke R Square เท่ากับ .263 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันทำนายโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 26.30 และมีจำนวนร้อยละของการทำนายถูกต้อง ร้อยละ 76.67 เมื่อพิจารณาค่า  $OR_{Adj}$  พบว่า การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มโอกาสให้ยา คลาดเคลื่อน 8 เท่า ( $OR_{Adj} = 8.44$ , 95%CI: 1.46 – 48.15,  $p < .05$ ) และการมีความซับซ้อนของผู้ป่วย ที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง เพิ่มโอกาสในการให้ยาคลาดเคลื่อนมากถึง 10 เท่า ( $OR_{Adj} = 9.66$ , 95%CI: 2.07 – 44.92,  $p < .01$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก ปัจจัยทำนายการให้ยาคลาดเคลื่อนร่วมกับระบบการสั่งยา โดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ใน จังหวัดชลบุรี (n = 92)

ปัจจัย	B	S.E.	$OR_{Adj}$	95%CI
อายุพยาบาลมากกว่า 30 ปี	-20.04	8463.41	.00	.00 - .30
ประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปี	-1.56	1.11	.77	.02 – 1.85
พฤติกรรมการให้ยาอย่างปลอดภัยในระดับมาก	-19.90	40192.96	.00	.00 - .35
ทักษะการใช้ E-MAR ในระดับมาก	-20.04	43.62	.00	.00 - .35
การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก	2.13	.89	8.44*	1.46 – 48.15
ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง ในระดับมาก	2.28	.78	9.66**	2.07 – 44.92
ค่าคงที่	26.71	16434.75	.00	

Model chi-square = 16.94,  $p < .001$   
Nigelkerke R Square = .263, Percent correct = 76.76

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

## การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับ ระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่า 30 ปีมีโอกาสให้ยาคลาดเคลื่อนมากกว่าพยาบาลที่มีอายุ 21-30 ปี 6 เท่า ( $OR_{Crude} = 5.56$ ) และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปี มีโอกาสในการให้ยา คลาดเคลื่อนมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี 3.36 เท่า ( $OR_{Crude} = 3.36$ ) ซึ่งต่างจากผล การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่พบว่า พยาบาลอายุ 20-24 ปี มีโอกาสให้ยาคลาดเคลื่อน มากกว่าพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 35ปี ถึง 5 เท่า ( $OR_{Crude} = 5.00$ , 95%CI: 2.00-12.49) (Wondmieneh et al., 2020) และการศึกษาของ Aziz et al (2018) ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการให้ ยาคลาดเคลื่อน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมีส่วนในการให้ยาคลาดเคลื่อนมากกว่าพยาบาลที่มีอายุ มาก ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีอายุมากอาจมีความไม่คุ้นเคยกับระบบคอมพิวเตอร์ จึงมีโอกาสในการให้ยา คลาดเคลื่อนมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amiri et al. (2020) พบว่า พยาบาลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมี การรับรู้ประโยชน์และปรับตัวเข้ากับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์น้อยกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยและมี แนวโน้มไปในแนวทางเดียวกับประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้น จึงควรพัฒนาพยาบาลในกลุ่มนี้ให้มีความรอบรู้

ทางคอมพิวเตอร์และอบรมฟื้นฟูการใช้งานระบบอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่มีพฤติกรรมทำให้ยาอย่างปลอดภัยมาก มีโอกาสลดโอกาสในการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนได้มากกว่า พยาบาลที่มีพฤติกรรมทำให้ยาอย่างปลอดภัยปานกลาง ( $OR_{Crude} = .03$ ) รวมทั้งทักษะการใช้ E-MAR ในระดับมาก มีโอกาสลดโอกาสในการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนได้มากกว่าพยาบาลที่มีทักษะในระดับปานกลาง ( $OR_{Crude} = .26$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vicente Oliveros et al. (2017) พบว่า สาเหตุหลักของการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนร่วมกับ E-MAR คือความล้มเหลวในการปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงาน หากพยาบาลสามารถใช้ E-MAR ได้ถูกต้องจะสามารถลดการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนจาก 48.0% เป็น 36.9% และ Hunt & Chakraborty (2021) เสนอแนะว่า E-MAR นอกจะมีประโยชน์ในการลดข้อผิดพลาดในการให้ยาแล้ว ข้อผิดพลาดในการให้ยาอาจเป็นผลมาจากการออกแบบระบบและปัญหากระบวนการทำงานระหว่างการบริหารยา รวมทั้ง Liang et al. (2023) กล่าวว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่เกิดในกระบวนการให้ยาของพยาบาล ดังนั้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมาก สามารถลดโอกาสในการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนได้มากกว่าในระดับปานกลาง ( $OR_{Crude} = .15$ ) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Wondmienieh et al. (2020) พบว่า การไม่สื่อสารกันระหว่างทีมสหสาขามีโอกาสเกิดการให้ยาผิดมากถึง 1.85 เท่า และ Ambwani et al. (2019) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการนำระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์มาใช้ เพื่อลดการให้ยาผิดพลาดเคลื่อน เนื่องจาก ระบบไม่สามารถแจ้งเตือนทีมเมื่อมีการสั่งใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนคำสั่งการรักษา รวมทั้ง Hayavi-haghighi et al. (2021) พบว่า การขาดการสื่อสารกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นอุปสรรคในการใช้งานระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ ในขณะที่การมีความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่งระดับมาก มีโอกาสในการให้ยาผิดพลาดเคลื่อนลดลง ( $OR_{Crude} = .29$ ) ซึ่งมีความคล้ายกับผลการศึกษาของ Wondmienieh, et al. (2020) พบว่า การถูกขัดจังหวะระหว่างการจะให้นายามีโอกาสเกิดการให้ยาผิดมากถึง 2.42 เท่า ดังผลการศึกษาที่พบว่า ความซับซ้อนของผู้ป่วยที่ดูแลและการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ยาผิดพลาดเคลื่อน (Sabzi et al., 2019) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน รวมทั้งการไม่ถูกขัดจังหวะในขณะที่ให้การดูแล จะทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ สามารถร่วมกันทำนายโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับระบบการสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 26.30 และทำนายถูกต้อง ร้อยละ 76.6795 ซึ่งให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่ช่วยออกแบบและพัฒนาระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ รวมถึง การวางแผนเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานร่วมกับระบบสั่งยาโดยแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ เพื่อรองรับการใช้งานระบบที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต

## ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเป็นในช่วงสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งมีการปรับลดอัตรากำลังและมีการโยกย้ายอัตรากำลังพยาบาล การจำเป็นต้องมีการศึกษาตัวแปรตามแบบย้อนหลัง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ฝ่ายพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรอบรมสำหรับบุคลากรในการใช้ระบบ CPOE และ E-MAR อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง นำไปใช้เป็นตัวชี้วัดในการให้ค่าตอบแทนสำหรับผู้ที่มีการใช้งานได้ดีและไม่มีความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายเชิงลึกถึงสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนในการใช้ระบบ CPOE และ E-MAR ต่อไป

## รายการอ้างอิง

- Ambwani, S., Misra, A. K., & Kumar, R. (2019). Medication errors: Is it the hidden part of the submerged iceberg in our health-care system?. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 9(3), 135-142.
- Amiri, P., Rahimi, B., & Khalkhali, H. R. (2020). Nurses' attitudes toward computerized provider order entry (CPOE) system: A feasibility study prior to implementation. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 9(2), Article e101420. <https://doi.org/10.5812/jcrps.101420>
- Aziz, N. G., Osman, G. A., & Rasheed, H. A. (2018). Nurses' experiences and perceptions of medication administration errors. *Zanco Journal of Medical Sciences*, 22(2), 217-226. <https://doi.org/10.15218/zjms.2018.029>
- Bangkok Pattaya Hospital. (2019) *Medication error management policy of Bangkok Pattaya Hospital*. Bangkok Pattaya Hospital. (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

- Hayavi-haghighi, M. H., Alipour, J., & Dehghani, M. (2021). Nursing errors and Computerized Provider Order Entry (CPOE). *Informatics in Medicine Unlocked*, 25, Article 100648. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2021.100648>
- Korb-Savoldelli, V., Boussadi, A., Durieux, P., & Sabatier, B. (2018). Prevalence of computerized physician order entry systems–related medication prescription errors: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 111, 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.12.022>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Larouzée, J., & Guarnieri, F. (2015). From theory to practice: itinerary of Reasons' Swiss Cheese Model. In ESREL 2015, *European Safety and Reliability Association (ESRA)* (pp. 817-824). HAL Open Science. <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01207359>
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Wiley.
- Lerdsirisopon, S., Angkasuvan, W., Viengteerawat, S., Limapichat, R., Praongsena, P., Ariyanuchitkul, T., Lapisatepun, W., Boonsombat, T., Sintavanuruk, K. & Chongarungamsang, W. (2018). Medication errors and adverse drug events: Analysis from perioperative anesthetic adverse events in Thailand (PAAD Thai study). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 101(6), 829-836. (in Thai)
- Liang, M. Q., Thibault, M., Jouvét, P., Lebel, D., Schuster, T., Moreault, M. P., & Motulsky, A. (2023). Improving medication safety in a paediatric hospital: A mixed-methods evaluation of a newly implemented computerised provider order entry system. *BMJ Health & Care Informatics*, 30(1), Article e100622. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9930550/pdf/bmjhci-2022-100622.pdf>
- Parry, A. M., Barriball, K. L., & While, A. E. (2015). Factors contributing to registered nurse medication administration error: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 403-420.
- Sabzi, Z., Mohammadi, R., Talebi, R., & Roshandel, G. R. (2019). Medication errors and their relationship with care complexity and work dynamics. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(21), 3579-3583. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.722>
- Steven, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (6<sup>th</sup> ed.). Routledge.
- Tariq, R. A., Vashisht, R., Sinha, A., & Scherbak, Y. (2023, 2 May). *Medication dispensing errors and prevention*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>

- The Healthcare Accreditation Institute. (2020). *The 2<sup>nd</sup> world patient safety day and the 4<sup>th</sup> Thailand patient and personnel safety day*. The Healthcare Accreditation Institute. (In Thai)
- Vicente Oliveros, N., Gramage Caro, T., Pérez Menéndez-Conde, C., Álvarez-Díaz, A. M., Martín-Aragón Álvarez, S., Bermejo Vicedo, T., & Delgado Silveira, E. (2017). A continuous usability evaluation of an electronic medication administration record application. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1395-1400.
- Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: A cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*, 19(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>
- World Health Organization. (2014). *Reporting and learning systems for medication errors: The role of pharmacovigilance centres*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137036>
- World Health Organization. (2017, 29 March). *WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years*. <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

The Effects of Self-awareness Development Program  
on Stroke Prevention Behaviors among Hypertensive Patients  
with BMI Exceeding Standard

ภคพร กลิ่นหอม<sup>1\*</sup>, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์<sup>1</sup>, เอกรินทร์ อ่วมอ่วม<sup>2</sup>  
Pakaporn Klinhom<sup>1\*</sup>, Jintipa Sirikunwivat<sup>1</sup>, Ekarin Aoumuom<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pakaporn@pckpb.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 082-6619463)

(Received: November 11, 2022; Revised: August 21, 2023; Accepted: August 23, 2023)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .86 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 4.66, 13.79$  และ  $12.30$  ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 10.61, 10.15, 1.97$  และ  $10.26$  ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี  
Registered Nurse (Professional Level), Phetchaburi Public Health Provincial Office

ที่ระดับ .01 ( $t = 5.17, 5.99$  และ  $10.03$  ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.69, 3.47, 1.69$  และ  $1.73$  ตามลำดับ) บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปใช้โปรแกรม ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**คำสำคัญ:** ความตระหนักรู้, พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to study the effectiveness of the self-awareness development program on stroke prevention behaviour among hypertensive patients with BMI exceeding the standard in Phetchaburi province. The samples consist of hypertensive patients with stroke risk in Phetchaburi Simple random sampling they were 1) an experimental group of 39 people received conventional care while the experimental group attended the twelve -weeks, and 2) a control group of 39 people. Data have been collected by using a set of questionnaires about stroke knowledge, awareness of stroke prevention behaviour, and stroke prevention behaviour. The confidence value of Cronbach's alpha reliability coefficients is .85, .86, and .81. After the analysis of comparative data using descriptive statistics and t-tests. The differences were considered statistically significant at  $p$ -value  $< .01$ . The results show that;

1. The experimental group has higher mean scores the average score of stroke prevention behaviour, knowledge and self-awareness of the experimental group become higher than before entering the program. Statistically significant at .01, the t-test values are 4.66, 13.79, and 12.30. Blood pressure, BMI, and waist circumference after receiving the program are at 10.61, 10.15, 1.97, and 10.26 respectively.

2. The experimental group has a higher average score on stroke prevention behaviour, knowledge and self-awareness than the control group. Statistically significant are at .01, and the t-test values are 5.17, 5.99, and 10.03. Blood pressure, BMI, and waist circumference after receiving the program are at 2.69, 3.47, 1.69, and 1.73 respectively.

The results of this study show that healthcare providers can apply the self-awareness development program to prevent stroke in hypertensive patients.

**Keywords:** Self-awareness, Stroke prevention behaviour, Hypertensive patient, BMI exceeding

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเส้นเลือดบริเวณสมองเกิดการอุดตันหรือแตก ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับความเสียหายหรือถูกทำลาย ซึ่งมีผลกระทบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่พบ (World Stroke Organization, 2022) อาการที่พบได้บ่อย คือ ภาวะอ่อนแรงบริเวณแขนขา หรือขาบริเวณใบหน้า และแขนขาครึ่งซีก และสูญเสียการรับรู้รู้สึก (Phipps & Cronin, 2020) อีกทั้ง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งพบว่ามีโอกาสเป็นซ้ำได้ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร การพักผ่อน และออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (Sangsongrit et al., 2014) ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ได้ผลด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญอย่างมาก เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดโรคได้ดีที่สุด (Feske, 2021) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.50 (World Stroke Organization, 2020) สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2557-2561 มีแนวโน้มสูงขึ้น และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปีละประมาณ 30,000 ราย และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2019)

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด อีกทั้งปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ โรคอ้วน ผู้ป่วยจึงควรควบคุมน้ำหนักให้มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Boonchayanan, 2015) มีรายงานความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60.60 และหากมีภาวะอ้วนในระดับ 3 จะพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 74.10 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด (World Stroke Organization, 2020) และเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Sangsongrit et al., 2014) ซึ่งถ้าป่วยแล้วไม่ได้รับการรักษาและดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะในร่างกาย โดยเฉพาะผลต่อหลอดเลือดบริเวณสมองตีบ แคมอุดตันและแตก เกิดสมองขาดเลือด และเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (Weber et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ (Thipkratok & Phatisena, 2020) การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Boontein et al., 2017)

แนวคิดการตระหนักรู้ของ Becker (1986) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อหรือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ และแสดงพฤติกรรมออกมา หรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ อีกทั้ง ผลของโปรแกรมมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การที่กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดและเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเองได้ เล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น ทำให้เกิดแรงผลักดันหรือความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือจัดการกับความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคอีกด้วย ทั้งความรู้และความตระหนักรู้ ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายวิธี เช่น ใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายกิจกรรม ใช้การจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น พบเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ โดยใช้กิจกรรมในระยะเวลาสั้น ๆ ส่งผลมีเวลาไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีข้อเสนอแนะว่า ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ ช่วงระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน (Tiparat et al., 2017)

จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัยนี้ มีแนวโน้มอัตราป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 398, 437, 2288, 3037 และ 2834 คน ตามลำดับ รวมทั้ง พบจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก/ม<sup>2</sup>) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปีประมาณ 2563 ซึ่งมีจำนวน 11,024 คน เป็นจำนวน 11,877 คน ในปีประมาณ 2564 โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ในปีประมาณ 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2,336 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Strategy and Planning Division, Phetchaburi Provincial Health Office, 2021) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ โดยวางแผนในการดำเนินโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว 12 สัปดาห์ เพื่อให้โปรแกรมที่ให้กับผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถเสริมสร้างความรู้ ส่งผลทำให้มีความดันโลหิตของลดลง และมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์หรือการจัดการความเครียด และการพักผ่อน

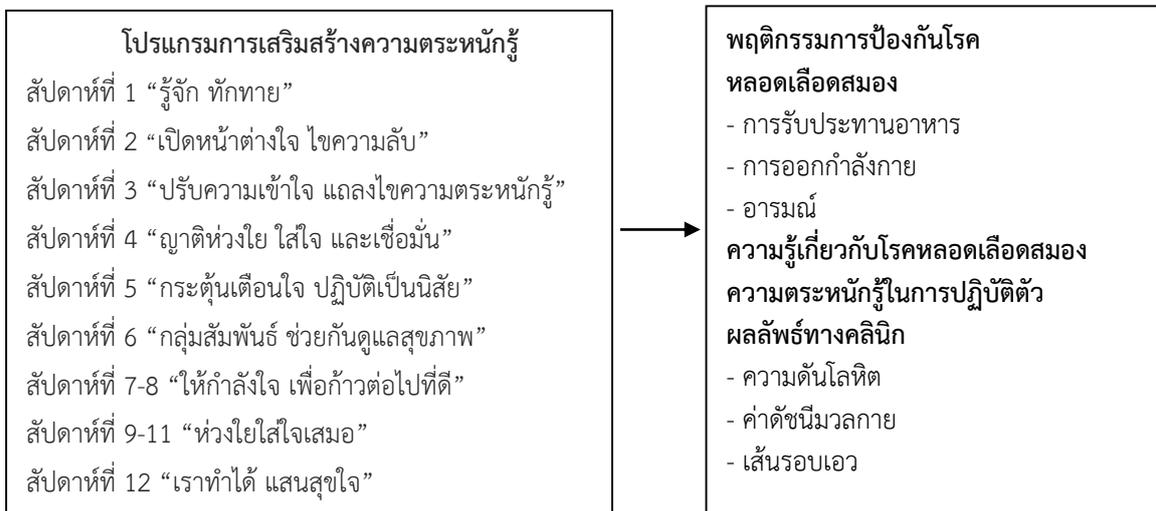
## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการตระหนักรู้ของ Becker (1986) ซึ่งกล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อหรือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ และแสดงพฤติกรรมออกมา หรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ อีกทั้งผลของโปรแกรมมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การที่กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดและเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเองได้เล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น ทำให้เกิดแรงผลักดันหรือความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือจัดการกับความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคอีกด้วย ทั้งความรู้และความตระหนักรู้ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุดโดยนำข้อมูลข้างต้นมาประยุกต์ในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ เพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงโดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

## วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: two groups pretest- posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m<sup>2</sup>) ในจังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 2,336 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ในจังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007 อ้างถึงใน Warapongsathorn & Warapongsathorn, 2017) สำหรับการทดสอบ Mean: Difference between two independents mean กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ค่า alpha = .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 95 จากการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง (Tiparat et al., 2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน

คัดเลือกหน่วยการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จำนวน 8 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เป็นหน่วยการวิจัยสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหน่วยละ 4 แห่ง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแห่งละประมาณ 9-10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) วินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่มีโรคร่วม 3) มีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตสองครั้งล่าสุด สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท 4) ได้รับความรู้โดยการรับประทานยา 4) สามารถสื่อสารโดยการ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน และมีอาการกำเริบที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Becker (1986) ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดการกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ 2) แผนการสอนเรื่อง ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) คู่มือการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่ง รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับความดันโลหิตสูงครั้ง สุดท้าย ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว มีข้อคำถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเต็ม 12 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Saeko & Jitpanya, (2015)

< 7.20 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ
7.20 - 9.59 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 9.60 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจากแบบประเมินการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Saeko & Jitpanya, 2015) จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-10 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง 11-14 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 15-18 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Tiparat et al. (2017) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และทางลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ บ่อยที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน บ่อย เท่ากับ 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 20-60 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ เป็นแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

ระหว่าง 20-35 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง 36-48 คะแนน (ร้อยละ 60-80)	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 49-60คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 5 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท ยี่ห้อ MAC จำนวน 1 เครื่อง และหูฟัง ยี่ห้อ 3M จำนวน 1 อัน เครื่องชั่งน้ำหนักแบบสปริง และสายวัดรอบเอว

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โดยแบบสอบถามรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยรวมเท่ากับ .82 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอใกล้เคียง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 สำหรับแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ .82 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ .86 และ .81 ตามลำดับ

เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องชั่งน้ำหนักผ่านการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibrate) โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และในการวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือวัดและผู้ทำการวัดคนเดิมตลอดการวิจัยทั้งก่อน-หลังการทดลอง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้ง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยก่อนการทดลอง (pretest)

2. ระยะเวลาทดลอง ดำเนินกิจกรรมการวิจัยตามโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 9-10 คน ตามพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง จำนวนกลุ่มละ 12 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 – ธันวาคม 2564 สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นกิจกรรมตามการมารับการตรวจรักษาตามนัดตามปกติ

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนักและหาค่าดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง (posttest) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม และสรุปผลการดำเนินงาน และดำเนินการแจกคู่มือการเสริมสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรม ดังตาราง 1

ตาราง 1 สัปดาห์ ชื่อกิจกรรม และรายละเอียดของกิจกรรม ของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

สัปดาห์	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
1	รู้จัก ทักทาย	แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วัดความดันโลหิตและประเมินค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว สอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (pretest)
2	เปิดหน้าต่างใจ ไขความลับ	วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สรุปรายชื่อ และเสนอแนวทางในการป้องกัน หรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง
3	ปรับความเข้าใจ แลกเปลี่ยน ความตระหนักรู้	ดูวิดีโอสัมภาษณ์ต้นแบบเล่าประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถดูแลตนเองได้ และให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเอง ทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน
4	ญาติห่วงใย ใส่ใจ และเชื่อมั่น	สร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองโดยเน้นการป้องกันใน 4 ด้าน โดยการบรรยาย การสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5	กระตุ้นเตือนใจ ปฏิบัติเป็น นิสัย	ให้กลุ่มตัวอย่าง เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจและหาแนวทางแก้ไขและร่วมกันปรับแผนในการปฏิบัติ
6	กลุ่มสัมพันธ์ ช่วยกันดูแล สุขภาพ	จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนเล่าประสบการณ์ของตนเอง ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งความสำเร็จที่เกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนของแต่ละคน
7-8	ให้กำลังใจ เพื่อก้าวต่อไปที่ดี	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม
9-11	ห่วงใยเสมอ	ส่งข้อความสั้นๆ ทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
12	เราทำได้ แส่นสุขใจ	นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบวัดความดันโลหิตและประเมินค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว และแจกสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ,ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมแจ้งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ (post-test)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ค่าความดันโลหิต เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard division:  $SD$ ) วิเคราะห์คะแนนจากสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard division:  $SD$ )
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ คจ.ม.พ.012/2563 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2563 ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้ และทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 30.77 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 23.08 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 19.23 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.08 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 25.64 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 19.23 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.71 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 21.80 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.95 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.51 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 19.23 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 23.08 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบ Chi-square ( $\chi^2$ ) พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 จำนวนร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 78)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
หญิง	24	30.77	22	28.21	.72	.35
ชาย	15	19.23	17	21.79		
<b>อายุ (ปี)</b>						
< 40	2	2.56	3	3.85	.99	.15
41-50	10	12.82	12	15.38		
51-60	18	23.08	17	21.80		
> 60	9	11.54	7	8.97		
<b>อาชีพ</b>						
ไม่มีงานทำ	3	3.85	2	2.56	.78	.25
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	5.13	3	3.85		
ค้าขาย	11	14.10	13	16.67		
รับจ้าง	15	19.23	14	17.95		
ธุรกิจส่วนตัว	3	3.85	2	2.56		
เกษตรกร	3	3.85	5	6.41		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	5	6.41	6	7.69	.86	.71
มัธยมศึกษา	18	23.08	16	20.51		
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	7	8.97	9	11.54		
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	11.54	8	10.26		
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท)</b>						
< 5,000	2	2.56	3	3.85	4.11	.25
5,001-10,000	10	12.82	12	15.58		
10,001-15,000	20	25.64	15	19.23		
> 15,000	7	8.97	9	11.54		
<b>ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)</b>						
< 5	11	14.10	7	8.97	.32	.72
6-10	15	19.23	18	23.08		
> 10	13	16.67	14	17.95		

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 40.25, 10.53, 13.94; SD = 1.44, .82, .88$  ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 34.71, 7.10, 9.00; SD = 7.34, 2.70, 2.31$ ) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 22.43, 13.79, 12.30$  ตามลำดับ) และมีค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ( $M = 151.82, 85.51, 30.94, 36.28; SD = 7.54, 6.53, 3.65, 2.84$ ) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $M = 160.07, 96.53, 31.66, 37.79; SD = 8.35, 6.78, 2.74, 3.13$ ) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 10.61, 10.15, 1.97$  และ  $10.26$  ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค ความตระหนักรู้ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ( $n = 39$ )

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference (95%CI)	t
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	34.71	7.34	40.25	1.44	5.46 (3.09, 7.83)	4.66*
ความรู้เกี่ยวกับโรค	7.10	2.70	10.53	.82	3.43 (4.85, 6.52)	13.79**
ความตระหนักรู้	9.00	2.31	13.94	.88	4.94 (4.43, 5.76)	12.30*
ความดันซิสโตลิก (mmHg)	160.07	8.35	151.82	7.54	8.25 (6.68, 9.83)	10.61*
ความดันไดแอสโตลิก (mmHg)	96.53	6.78	85.51	6.53	11.53 (9.20, 13.83)	10.15*
ดัชนีมวลกาย ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	31.66	2.74	30.94	3.65	.75 (.01, 1.45)	1.97**
เส้นรอบเอว (นิ้ว)	37.79	3.13	36.28	2.84	1.51 (1.21, 1.80)	10.26*

\*  $p < .01$ , \*\*  $p < .001$

2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $M = 40.25, 10.53, 13.94; SD = 1.44, .82, .88$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ ( $M = 38.48, 9.58, 10.76; SD = 1.57, .54, 1.76$ ) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 5.17, 5.99, 10.03$  ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ( $M = 151.82, 85.51, 30.94, 36.26; SD = 7.54, 6.53, 3.18, 2.84$ ) ต่ำกว่า

กลุ่มควบคุม ( $M = 155.89, 90.58, 32.56, 37.41; SD = 5.67, 6.36, 3.00, 2.88$ ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.69, 3.47, 1.69, 1.73$  ตามลำดับ) ดังตาราง 3

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการทดสอบที คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค ความตระหนักรู้ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)		Mean difference (95%CI)	t
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	40.25	1.44	38.48	1.57	1.76 (1.08, 2.45)	5.17*
ความรู้เกี่ยวกับโรค	10.53	.82	9.58	.54	.95 (.63, 1.26)	5.99*
ความตระหนักรู้	13.94	.88	10.76	1.76	3.17 (2.54, 3.81)	10.03*
ความดันซิสโตลิก (mmHg)	151.82	7.54	155.89	5.67	4.08 (1.03, 7.08)	2.69*
ความดันไดแอสโตลิก (mmHg)	85.51	6.53	90.58	6.36	5.07 (2.16, 7.99)	3.47*
ดัชนีมวลกาย ( $kg/m^2$ )	30.94	3.18	32.56	3.00	1.16 (0.2, 2.54)	1.69*
เส้นรอบเอว (นิ้ว)	36.26	2.84	37.41	2.88	1.12 (0.16, 2.41)	1.73*

\* $p < .01$

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบไปด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีคะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้เป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดความรู้ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้สื่อเป็นวิดีโอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีต้นแบบในการปฏิบัติตัวมาให้กลุ่มตัวอย่างโดยให้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงผ่านต้นแบบ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษา โดยได้จากความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้เข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wauters et al. (2016) ที่พบว่าภายหลังจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบสื่อที่พัฒนาขึ้น เช่น วิดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นแม่เหล็กติดตู้เย็น ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในกระบวนการของการเสริมสร้างความตระหนักรู้จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้น

จากสิ่งเร้าหรือการสัมผัสสิ่งเร้าแล้วเกิดการรับรู้ขึ้น เมื่อเกิดการรับรู้แล้วต่อไปก็จะนำไปสู่การเกิดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งเร้านั้น และนำไปสู่การเรียนรู้ก็จะมีผลนำไปสู่ความตระหนักรู้ต่อไป สอดคล้องกับแนวคิด ของ Becker (1986) กล่าวว่า เหตุการณ์สภาพแวดล้อมในสังคม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ 3 เดือนมีค่าเฉลี่ย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ตาม แนวคิดของ Becker (1986) ทำให้ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสะท้อนคิดด้วย ตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจสถานการณ์ตนเอง สามารถคิดวิเคราะห์แยกแยะปัญหาต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่ การตัดสินใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้น และ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกันนาน 3 เดือน และหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ยังคงมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้ง ได้รับการกระตุ้น ติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ร่วมค้นหาปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้วิจัย สามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่แท้จริง และร่วมหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่สอดคล้องกับกิจวัตร ประจำวันส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้น ก็จะทำให้ความดันโลหิตหลังการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา มี ค่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Thipkratok & Phatisena (2020). พบว่า เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำ ให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้รวมทั้งการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองเพิ่มสูงขึ้น ก็จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง ความตระหนักรู้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งบ่งชี้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มทดลองมี ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ การศึกษาของ Seeruksa (2017) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน ลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับ Thipkratok & Phatisena (2020) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในตำบลคำแก้ว อำเภอไชยสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่าหลังการ ทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยความคาดหวังในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมจึงเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง

ผลการวิจัยนี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ที่ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม โดยใช้แนวคิดของ Becker (1986) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยกัน ทำให้เกิดความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีค่าความดันโลหิตลดลง ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ซึ่งอาจทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลงไปด้วย

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความตระหนักรู้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ตลอดจนการจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก เพื่อให้มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน รวมทั้ง มีการติดตามทุก 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีการดำเนินกิจกรรมในระยะยาว การมาเข้าร่วมกิจกรรมหลายครั้ง อาจสร้างภาระและเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม จึงควรปรับเป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผ่านการกระตุ้นเตือนทางช่องทางที่เหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

Becker, S. W. (1986). *Attitude structure and function*. Erlbaum Association.

Bloom, B. S. J. (1971). *Taxonomy of education objective, handbook 1: Cognitive domain*. David Mokey.

Boonchayanan, P. (2015). *Guidelines for the management of overweight and obesity*. Moh Chao Ban. (in Thai)

- Boontein, P., Saneha, C., Pinyopasakul, W., & Musikthong, J. (2017). The effect of a self-management support program on body mass index, behaviors in controlling metabolic syndrome and risks of cardiovascular disease among police personnel. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 346-356. (in Thai)
- Feske, S. K. (2021). Ischemic stroke. *The American Journal of Medicine*, 134(12), 1457-1464. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.027>
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2<sup>nd</sup> ed.). John Wiley & Sons.
- Phipps, M. S., & Cronin, C. A. (2020). Management of acute ischemic stroke. *BMJ*, 368, Article l6983. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6983>
- Saeko, U., & Jitpanya, C. (2015). A study of stroke awareness among patients at risk of stroke in Bangkok Metropolitan. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(2), 19-23. (in Thai)
- Sangsongrit, N., Pinyopasakul, W., Ayuthya, S. K. N., Sriprasong, S., & Nilanont, Y. (2014). Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *Nursing Journal (Manila)*, 41(2), 61-71.
- Seeruksa, M. (2017). Changing behavior modification for Singburi Hospital officers being overweight. *Singburi Hospital Journal*, 26(2), 109-120. (in Thai)
- Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public health statistics A.D.2019*. Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Phetchaburi Provincial Health Office. (2021). *Health data center (HDC) of Phetchaburi Provincial Health Office*. <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Thipkratok, S., & Phatisena, T. (2020). Effects of self-management program for health behavior modification, body mass index and waist circumference among village health volunteers with abdominal obesity. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 14(34), 210-223. (in Thai)
- Tiparat, W., Suwanweala, S., & Sumrit, W. (2017) The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in Muang District, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 94-107. (in Thai)

- Warapongsathorn, T. , & Warapongsathorn, S. ( 20 17). Sample size calculation using G\*power program. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 41(2), 11-21. (in Thai)
- Wauters, A., Oupra, R., & Tanasuwan, P. (2016). Development of a teaching model for prevention of stroke among people at risk in the northern Thai community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(2), 100-115. (in Thai)
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Flack, J. M., Carter, B. L., Materson, B. J, Ram, C. V. S., Cohen, D. L., Cadet, J., Jean-Charles, R. R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R. R., Chalmers, J., Ramirez, A. J., Bakris, G. L., Wang, J., & Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 14-26.
- World Stroke Organization. (2020, 9 December). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#YhJBDXoc8HO>

## บทความวิจัย (Research article)

### การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน Development of a Case Management System for Acute Ischemic Stroke Patients

บุญเรือน ชุ่มแจ่ม<sup>1</sup>, พิชญพันธ์ จันทระ<sup>2</sup>, มนพร ชาติชำนาญ<sup>3\*</sup>, อวตี เตชะแก้ว<sup>2</sup>  
Boonroun Chumjam<sup>1</sup>, Pitchayapan Chantara<sup>2</sup>, Manaporn Chatchumni<sup>3\*</sup>, Avatee Techakeaw<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: manaporn@rsu.ac.th, โทรศัพท์ 086-7962079)

(Received: July 9, 2023; Revised: August 27, 2023; Accepted: August 27, 2023)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของระบบจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม 2565 – 9 พฤษภาคม 2566 แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะเวลาวางแผน 2) ระยะเวลาปฏิบัติการ 3) ระยะเวลาสังเกต และ 4) ระยะเวลาสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงทางระบบประสาท แบบติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณี แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และแบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85, .93 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน และแมน-วิทนียู ผลการวิจัย พบว่า

1. ระบบจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ระบบบริการช่องทางด่วน ได้แก่ การประเมินคัดกรองและติดตามประเมินผลของผู้ป่วย 2) ระบบการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 3) ระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 1 เดือน

2. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 1) ด้านพยาบาลพบว่า มีความรู้และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการใช้ระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = 52.00, p <$

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Nopparat Rajathane Hospital

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Registered Nurse (Professional Level), Nopparat Rajathane Hospital

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

.05;  $Z = 65.00$   $p < .01$ ) 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า การทรุดลงทางระบบประสาท การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้ระบบ และแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 6.30, 6.56, 6.30, 6.56$ ;  $p < .05$ ) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ระบบที่พัฒนาขึ้นจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีโอกาสที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายและระยะวันนอนในโรงพยาบาลลดลง จึงควรที่จะเน้นบทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการในสื่อสารและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การจัดการรายกรณี, พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

## Abstract

The research and development aim to: 1) develop a case-based management system for patients with acute ischemic stroke, and 2) study the outcomes of the case-based management system for patients with acute ischemic stroke at Nopparat Rajathanee Hospital. The research was conducted between August 17, 2022, and May 9, 2023, divided into four phases: 1) planning phase, 2) implementation phase, 3) observation phase, and 4) reflection phase. The purposed sampling consisted of 11 professional nurses and 60 patients who received treatment for acute ischemic stroke. Data were collected by using five questionnaires, including personal information, assessment of neurological severity, follow-up assessment of case management outcomes, nurse satisfaction assessment, and nurse knowledge test. The Cronbach's alpha reliability coefficients were .85, .93, and .94 for the respective instruments. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U tests. The research findings revealed that:

1. The developed case management system included: 1) fast-track service system, including patient screening, monitoring, and evaluation; 2) individualized counseling system; and 3) follow-up system for patients returning home during at 1, 2, and 4 weeks.

2. After implementing the system: 1) Nurses' knowledge and satisfaction significantly increased compared to before system use ( $Z = 52.00$ ,  $p < .05$ ;  $Z = 65.00$   $p < .01$ ); 2) Patient outcomes showed significant reduction in neurological deterioration, aspiration pneumonia, urinary tract infections, pressure ulcers ( $F = 6.30, 6.56, 6.30, 6.56$ ;  $p < .05$ ). However, hospitalization costs and length of stay did not differ significantly.

The developed system effectively reduced complications, and trends suggested potential reduction in costs and hospital stays. The role of nurses is crucial in system development, improving communication, and enhancing treatment efficiency.

**Keywords:** Case management system, Nurse, Acute ischemic stroke patient

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบและหรืออุดตัน ร้อยละ 68 หรือหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 32 ส่งผลทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ และขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงสมองชั่วขณะหนึ่ง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางระบบประสาทและหลอดเลือด (World Stroke Organization: WSO, 2020; Xiong et al., 2022) สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีจำนวน 355,671 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 34,545 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.3 ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและรอดชีวิต จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะยาวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นด้วย (Ministry of Public Health, Department of Disease Control, 2020) ปัจจุบันมีการพัฒนาด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและหรืออุดตันในรูปแบบครบวงจร บนพื้นฐานการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการใช้แนวทางการรักษามุ่งเน้นไปที่เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่มีการขาดเลือดให้เร็วที่สุด มีระยะเวลาการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง เช่น ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) และระบบการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019; Benjamin et al., 2019) อย่างไรก็ตามภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและหรืออุดตัน ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะอาการซับซ้อนไม่คงที่ มีอาการเปลี่ยนแปลงทันทีทันใด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างรวดเร็ว อาจอยู่ในภาวะที่คุกคามชีวิตระยะเฉียบพลัน ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการนำอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการระหว่างการได้รับการรักษา ซึ่งการรักษาอาจมีโอกาสนำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสำลักอาหาร ภาวะปอดติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะปอดแฟบ ภาวะความดันตกระหว่างเปลี่ยนท่าทาง และแผลกดทับ เป็นต้น (Benjamin et al., 2019; Pinyopasakul & Rungchivan, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจพยาบาลวิชาชีพ ให้มีการประสานการปฏิบัติ เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้

ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Powell & Single, 1996) การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และหรืออูดตันที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลรายกรณี (nurse case manager) และเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินปัญหาการวางแผนการ การจัดการดูแล การประเมินผล และติดตาม เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมาย คือ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วน ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายการรักษาโรงพยาบาลลดลง เกิดความพึงพอใจในระบบการพยาบาล รวมถึงระบบการส่งต่อระหว่างชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวภายหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Bovim et al., 2016; Case Management Society of America, 2016; Amporn et al, 2018; Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019; Law et al., 2021; Pinyopasakul & Rungchivan, 2022)

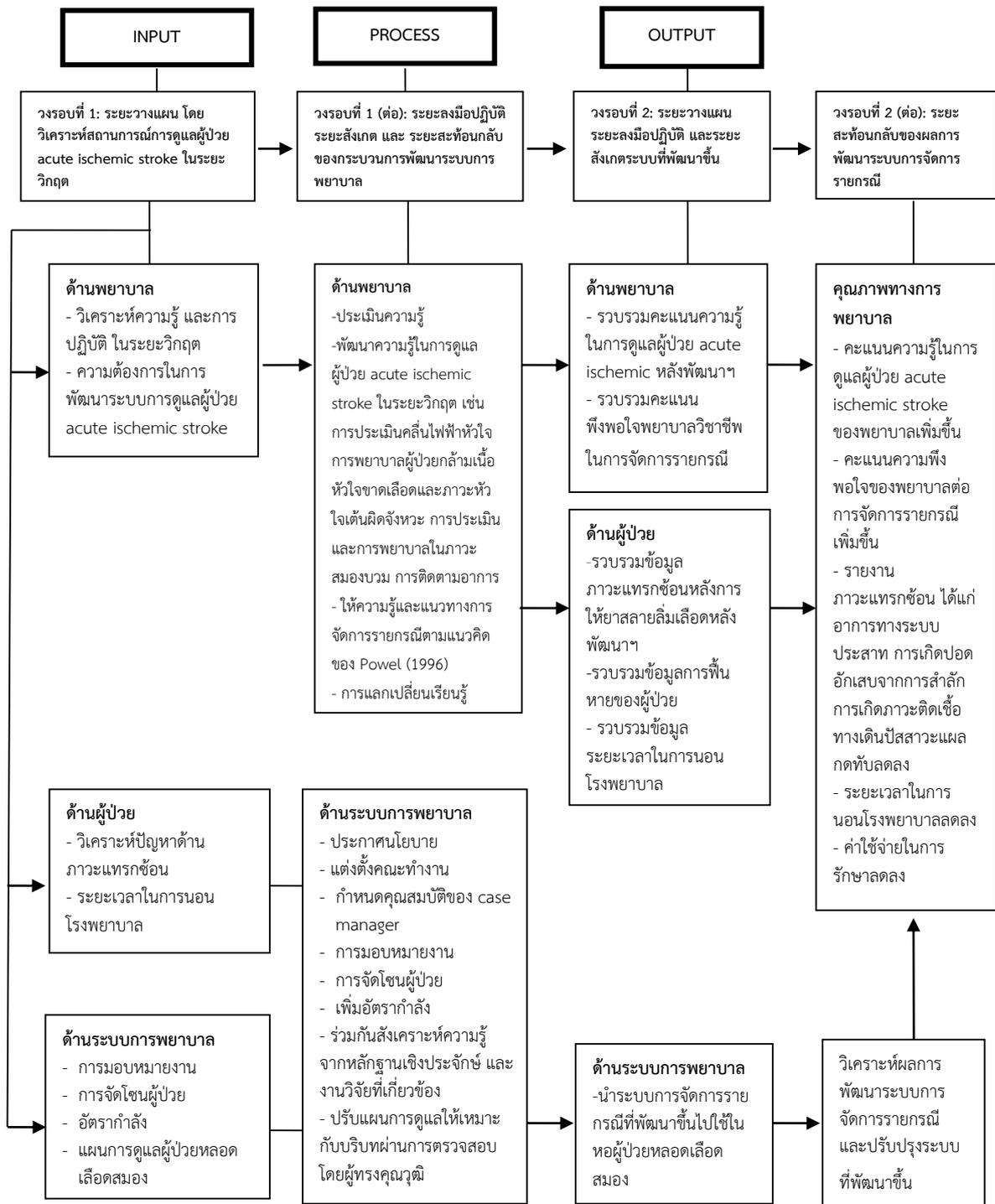
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ได้เริ่มดำเนินการหผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (standard stroke center) ในปี พ.ศ. 2562 รับผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบและหรืออูดตัน จำนวน 20 เตียง โดยดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะวางแผนจำหน่าย โดยมอบหมายงานในลักษณะผสมผสาน จากการทบทวนสถิติเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบและหรืออูดตัน จำนวน 30 ราย พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.8 วัน การคิดค่าใช้จ่ายในระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 98,326 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ไขมันในเลือดสูงความดันโลหิต และเบาหวาน ตามลำดับ ผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากการวิเคราะห์คุณภาพของระบบการบริการ พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 5 ปี ส่งผลให้ทักษะการแก้ปัญหา กระบวนการตัดสินใจ การประสานงาน การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง จากแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบที่เหมาะสม และวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ในการพยาบาล เพื่อให้ได้ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี เน้นการติดตามอาการต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการและองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) (Gillies, 1994) โดยกระบวนการพัฒนารอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ ด้านพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านระบบการพยาบาล โดยมีแนวทางการพัฒนาระบบ จำนวน 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ระยะ คือ ระยะวางแผน ระยะลงมือปฏิบัติตามแผน ระยะการสังเกตผล และระยะการสะท้อนผล วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า คือ ระยะวางแผนเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต 3 ด้าน คือ ด้านพยาบาล ด้านผู้ป่วย และ ด้านระบบการพยาบาล และ 2) กระบวนการ คือ ระยะลงมือปฏิบัติ ระยะสังเกต และระยะสะท้อนกลับของกระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ให้เกิดการพัฒนาสร้างระบบของผู้ให้บริการเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีครอบคลุมทั้งด้านพยาบาลและระบบการพยาบาล วงรอบที่ 2 เป็นผลลัพธ์ ซึ่งในระยะแรกของวงรอบที่ 2 เป็นระยะวางแผน ระยะลงมือปฏิบัติ และระยะสังเกตระบบที่พัฒนาขึ้น เป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มาจาก การดูแล และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านระบบการพยาบาล ในระยะต่อมาของวงรอบที่ 2 เป็นการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยตลอดรอดส่อง ซึ่งเป็นระยะสะท้อนกลับครอบคลุมด้านคุณภาพทางการพยาบาล และด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และวิเคราะห์ผลการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีและปรับปรุง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิด เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม 2565 – 9 พฤษภาคม 2566 โดยแบ่งออกเป็น 2 วงรอบ รายละเอียด ดังนี้

## 1. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การดำเนินการวิจัยในวงรอบที่ 1 เป็นการศึกษาปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ตามทฤษฎีระบบดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2565 มี 4 ระยะย่อย รายละเอียด ดังนี้

### 1.1 ระยะวางแผน

1.1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านผู้ป่วย โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พบมีประเด็นที่ต้องการการพัฒนา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทแย่งลง สมองบวม เลือดออกในสมอง และมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งภาวะปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

1.1.2 วิเคราะห์สถานการณ์ภายใต้ระบบการจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพยาบาล พบว่า ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต มีความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านผู้ป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และ 3) ด้านระบบพยาบาล การมอบหมายงาน การจัดพื้นที่ให้บริการให้เหมาะสมเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย

1.1.3 ศึกษาจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยอ้างอิงถึงแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา (Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019) และระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี โดยสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของแนวทางปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ตามแนวทางของ Whittmore and Knafel (2005) จากงานวิจัย 10 เรื่อง (Powell & Single, 1996; Bovim et al., 2016; Case Management Society of America, 2016; Wattanannathon, 2017; McLaughlin-Davis, 2018; Norsan & Amporn et al., 2018; Kummarg et al., 2018; Benjamin et al., 2019; Law et al., 2021; Pinyopasakul & Rungchivan, 2022)

1.1.4 ทบทวนรายชื่อคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเป็นผู้จัดการรายกรณี ณ หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ ได้นำผลการศึกษาศถานการณ์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยฯ ในขั้นการเตรียมก่อนการพัฒนาระบบประกอบการพัฒนา ในปี พ.ศ. 2564 โดยมอบหมายงานแบบระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี และนำร่องในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

### 1.2 ระยะลงมือปฏิบัติตามแผน

1.2.1 ประกาศนโยบายการนำระบบที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยภารกิจด้านการพยาบาล

1.2.2 ประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต และบทบาทการจัดการรายกรณี

1.2.3 จัดอบรมให้ความรู้การพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่อยู่ในระยะวิกฤต จำนวน 2 วัน และความรู้เกี่ยวกับการจัดการรายกรณี บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี ทักษะด้านภาวะผู้นำ การสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ การเจรจาต่อรอง จำนวน 2 วัน

1.2.4 ผู้วิจัยร่วมกับคณะทำงานและทีมสหวิชาชีพทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแผนการดูแลทางคลินิกให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสม และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ในแผนรอบที่ 1 ก่อนการทดลอง พบว่า พยาบาลผู้จัดการรายกรณีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไม่เพียงพอ ระบบการมอบหมายงานยังไม่เอื้ออัตรากำลังไม่เพียงพอ การจัดพื้นที่ให้บริการไม่เหมาะสม นอกจากนี้ พบว่าการนำแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ทีมสหวิชาชีพไม่มีระบบการลงบันทึกข้อมูล ทำให้ขาดความต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันผ่านเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 2 และดำเนินการ ปรับปรุงระบบ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม 2565 – 10 มกราคม 2566 โดยพัฒนาระบบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพยาบาล นำพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 ราย อบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต จัดทำ morning talk ทุกวันศุกร์ จำนวน 4 ครั้ง 2) ด้านระบบการพยาบาล กำหนดคุณสมบัติพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรม stroke nurse จัดระบบการมอบหมายงาน จัดพยาบาลให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยแยกพื้นที่วิกฤต เป็น 9 เตียง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต การเพิ่มอัตรากำลังเป็น 1:3 ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต และ 3) ด้านระบบบริการ ปรับแก้ไขแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพ และชี้แจงให้ลงข้อมูลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จัดจำแนกประเภทผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่เดียวกัน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

1.3 ระยะการสังเกตผล ทีมวิจัยได้นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้นำร่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2565 ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็น พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ตามคุณสมบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

หลอดเลือดสมองมากกว่า 5 ปี และได้รับการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ แนวทางปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินปัญหาความต้องการ 2) วางแผนการทำงาน 3) ดำเนินการปฏิบัติและประเมินผล และ 4) การกำกับกระบวนการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อกลับบ้าน รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว

2. แบบบันทึกติดตามประเมินผลผลลัพธ์การจัดการรายกรณี ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบ จำนวน 24 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้านๆ ละ 8 ข้อ ได้แก่ ด้านลักษณะของงานและภาระงาน ด้านสถานภาพและบทบาทพยาบาล และด้านคุณภาพงานและการยอมรับ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ (Amporn et al., 2018) ดังนี้

ระหว่าง 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

ระหว่าง 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำมาก

4. แบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อสอบปรนัย จำนวน 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom et al (1971) ดังนี้

ระหว่าง 24-30 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 18-23 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0-17 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ปรสาทศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์

พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) ของแผนการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกติดตามประเมินผลลัพธ์ เท่ากับ .85 แบบประเมินความพึงพอใจและแบบทดสอบความรู้ มีค่าเท่ากับ .93 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

1.4 ระยะเวลาสะท้อนผล หลังจากได้นำพัฒนาระบบที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้สะท้อนผลการพัฒนาระบบ โดยการติดตามปัญหาอุปสรรคในการนำระบบการจัดการรายกรณีไปใช้ โดยใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ เพื่อสะท้อนปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ติดตามภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

## 2. การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

เป็นการดำเนินการวิจัยในวงรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาผลลัพธ์ตามทฤษฎีระบบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองอย่างเดียว (quasi-experimental research: two-group posttest-only design) ดำเนินการวิจัยระหว่าง วันที่ 12 ธันวาคม 2565 - มีนาคม 2566 ซึ่งเป็นระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 1 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามการออกแบบเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Schlesselman, 1973) กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05 ความแปรปรวนของตัวแปรตาม ( $\sigma^2$ ) = 2.5, Type I Error = 2.5, Type II Error = 1.28 อ้างอิงถึงการศึกษารายงานของ Puangchan and Jinvawin (2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน รวมเป็น 54 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% (Polit & Beak, 2022) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามระยะเวลาก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) วินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันภายใน 4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ 2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนน NIHSS score มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนขึ้นไป (Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019) และ 4) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งทำการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือด (mechanical thrombectomy) 2) แพทย์วินิจฉัยว่าให้การดูแลแบบผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) และ 3) ผู้ป่วย/ญาติที่ไม่สมัครใจรักษา หรือส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้ป่วย คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิประกันสุขภาพ ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงทางระบบประสาท ของ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ประกอบด้วย 1) ประเมินการลืมตา (eyes open: E) 2) ประเมินการสื่อภาษา (best verbal response: V) 3) ประเมินการเคลื่อนไหว (best motor response: M) 4) การตรวจดูลักษณะรูปร่างของรูม่านตา (pupils) และ 5) ตรวจการเคลื่อนไหวและกำลังของแขนขา (movement of the limbs and motor power) โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019; Heldner et al., 2020)

0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการ
ระหว่าง 1 - 4 คะแนน	หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
ระหว่าง 5 -14 คะแนน	หมายถึง ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระหว่าง 15-24 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรง
ระหว่าง 24-42 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรงมาก

3. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ การทรุดลงทางระบบประสาท การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ระยะวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล

#### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 2 ชุด ภายหลังได้นำมาตรวจสอบและวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการแบบบันทึกข้อมูกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ระยะวางแผน เป็นระยะเตรียมก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อเตรียมการทดลอง สำหรับการจัดเตรียมพยาบาลที่นำระบบการจัดการรายกรณีมาวางแผนพัฒนาร่วมกัน โดยใช้กิจกรรมกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมคณะกรรมการ ชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกลุ่มก่อน-หลังพัฒนาระบบ

2. ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนการทดลอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มกลุ่มควบคุม 30 รายและนำระบบไปใช้ในกลุ่มทดลอง 30 ราย และซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายในการพัฒนารอบที่ 1 จึงเห็นโอกาสพัฒนาระบบ เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ มีอาการที่ซับซ้อนและมีความ

รุนแรงของโรคมามากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวและมีภาวะวิกฤต ที่ต้องสังเกตอาการ ใกล้ชิด (close monitoring)

3. ระยะการสังเกตผล ทีมวิจัยได้นำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีที่ปรับปรุง ไปใช้ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 17 มกราคม – 11 เมษายน 2566 ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

4. ระยะการสะท้อนผล หลังจากนำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ ผู้วิจัยได้รวบรวมผลลัพธ์ โดยประเมินผลลัพธ์ ของระบบที่พัฒนาขึ้น 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านพยาบาล ประเมินความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อ ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี และ 2) ด้านผู้ป่วย: ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำ ได้แก่ การเกิดเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) วิเคราะห์ข้อมูลด้านผลลัพธ์ ของระบบที่พัฒนาขึ้น ในด้านพยาบาล ได้แก่ ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วย และความพึงพอใจของ พยาบาลต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี และด้านผู้ป่วย ได้แก่ อาการทรุดลงทางระบบ ประสาท การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมอง ขาดเลือดเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะทรุดลงทางระบบประสาท การเกิด ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ระหว่างก่อนและหลังการ พัฒนาระบบการจัดการแบบรายกรณี โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังก่อนพัฒนา ระบบการจัดการแบบรายกรณี ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายใน การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent-t test)

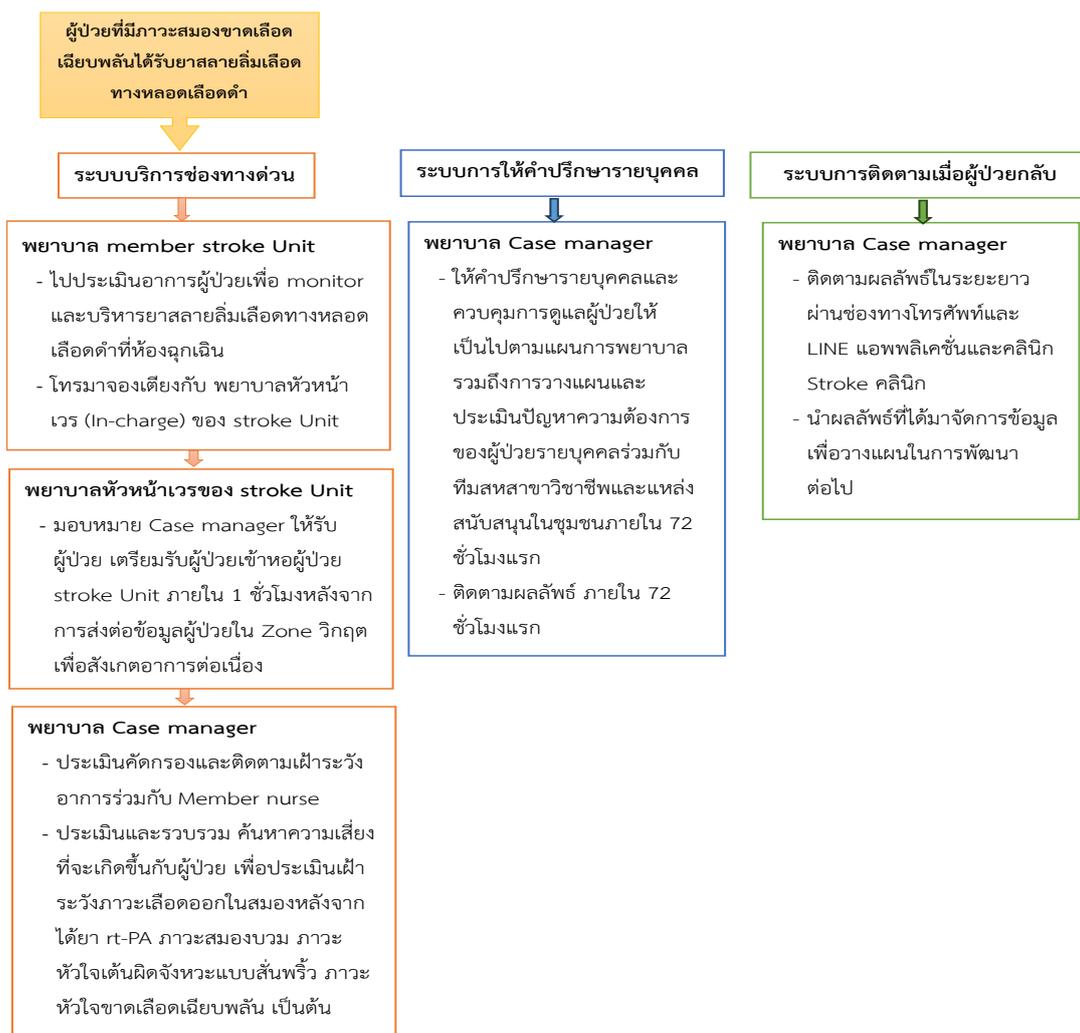
#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 44/2565 ออกให้ ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2565 ก่อนดำเนินการวิจัยและ การกระทำโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลกับกลุ่ม ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและ

จากการประชุมกลุ่ม จะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาล และการรายงานผลการวิจัย นำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

## ผลการวิจัย

1. ระบบการจัดการดูแลแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ประกอบด้วย 1) ระบบบริการช่องทางด่วน ได้แก่ ด้านการประเมินคัดกรอง ติดตามประเมินผลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 2) ระบบการให้คำปรึกษารายบุคคล จากพยาบาลวิชาชีพประจำ โดยมีการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เกสเซอร์ กายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และ 3) ระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผ่านทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์ โดยพยาบาลประจำหน่วย stroke unit ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในสัปดาห์แรกที่มาตรวจตามนัด เพื่อให้คำปรึกษาครั้งแรก โทรศัพท์เยี่ยมประเมินกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมในการรับประทานยาครบ และเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบใน สัปดาห์ที่ 2 และ 1 เดือน (ดังภาพ 2)



ภาพ 2 แสดงระบบการจัดการดูแลแบบรายกรณี

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนครพนม

### 2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 90.90 อายุเฉลี่ย 33.09 ปี ( $SD = 6.60$ ) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด และมีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.70 ( $M = 7.27, SD = 2.05$ )

2.1.2 ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการนำระบบไปใช้พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น ( $M = 23.54, SD = 2.80$ ) มากกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 18.72, SD = 2.19$ ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 52.00, p = .012$ )

2.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 18.72, SD = 2.19$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านคุณภาพงานและการยอมรับ ( $M = 4.49, SD = .31$ ) รองลงมาคือ สถานภาพและบทบาทพยาบาล ( $M = 3.80, SD = .54$ ) และด้านลักษณะของงานและภาระงาน ( $M = 2.22, SD = .21$ ) ในขณะที่ภายหลังจากการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 23.54, SD = 2.80$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านคุณภาพงาน ( $M = 4.67, SD = 0.29$ ) รองลงมาคือ สถานภาพและบทบาทพยาบาล ( $M = 4.56, SD = 0.35$ ) และด้านลักษณะของงานและภาระงาน ( $M = 3.47, SD = .66$ ) ผลการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $Z = 65.00, 55.00, 66.00, 66.00$ ) ตามลำดับรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ค่ากลาง (Median) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังก่อนพัฒนาระบบการจัดการแบบรายกรณี โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ( $n = 11$ )

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Median	Z
	M	SD	M	SD		
ความรู้	18.72	2.19	23.54	2.80	25.00	52.00*
ความพึงพอใจ	2.14	.15	2.51	.19	2.48	65.00**
ลักษณะของงานและภาระงาน	2.22	.21	3.47	.66	3.60	55.00***
สถานภาพและบทบาทพยาบาล	3.80	.54	4.56	.35	4.60	66.00**
คุณภาพงานและการยอมรับ	4.49	.31	4.67	.29	4.60	66.00**

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

## 2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมก่อนการพัฒนา ระบบ จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 19 ราย ร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ( $M = 59.3, SD = 11.6$ ) มีค่าคะแนน NIHSS score เฉลี่ย เท่ากับ 9.80 ( $SD = 4.4$ ) ในขณะที่กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนา จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.7 ปี มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.70 ( $M = 59.19, SD = 9.72$ ) และมีค่าคะแนน NIHSS score เฉลี่ยเท่ากับ 9.60 ( $SD = 4.2$ )

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมก่อนการพัฒนา ระบบฯ มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดภาวะทรุดลงทางระบบประสาท และภาวะติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.30 รองลงมาคือ การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและการเกิดแผลกดทับ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 ภายหลังการพัฒนา ระบบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดลง ได้แก่ การเกิดภาวะทรุดลงทางระบบประสาท และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.67 และไม่พบการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและการเกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ระบบฯ ด้วยการใช้สถิติ Fisher's Exact test พบว่า เกิดภาวะทรุดลงทางระบบประสาท การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับลดลงกว่าก่อนพัฒนา ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 6.29, 6.55, 6.29, 6.55, p < .05$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ในด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ระบบการจัดการแบบรายกรณี

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา (n = 30)		หลังการพัฒนา (n = 30)		Fisher's Exact test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>การทรุดลงทางระบบประสาท</b>					
เกิด	8	13.33	1	1.67	6.29*
ไม่เกิด	22	36.67	29	48.33	
<b>ภาวะปอดอักเสบ</b>					
เกิด	4	6.67	0	0.00	6.55*
ไม่เกิด	26	43.33	30	50.00	
<b>ภาวะติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ</b>					
เกิด	8	13.33	1	1.67	6.29*
ไม่เกิด	22	36.67	29	48.33	
<b>การเกิดแผลกดทับ</b>					
เกิด	4	6.67	0	0.00	6.55*
ไม่เกิด	26	43.33	30	50.00	

\* $p < .05$

2.2.3 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบมีจำนวนวันนอนลดลง ( $M = 5.33, SD = 3.79$ ) ต่ำกว่าก่อนการทดลองใช้ระบบ ( $M = 6.80, SD = 5.16$ ) การทดสอบความแตกต่างโดยด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $Z = 414.50, p = .59$ ) ค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยลดลง ( $M = 83895.52, SD = 30325.28$ ) ต่ำกว่าก่อนการทดลองใช้ระบบ ( $M = 92966.46, SD = 92966.46$ ) การทดสอบความแตกต่างโดยด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $t = .97, p = .34$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังก่อนพัฒนาระบบการจัดการแบบรายกรณี

รายการ	ก่อนการพัฒนา (n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)		การทดสอบ	p
	M	SD	M	SD		
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	6.80	5.16	5.33	3.79	414.50 <sup>a</sup>	.59
Mean rank	31.68		29.32			
Sum of ranks	950.50		879.50			
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	92966.46	83895.51	83895.52	30325.28	.97 <sup>b</sup>	.34

<sup>a</sup> Mann-Whitney U test; <sup>b</sup> Independent t-test

## การอภิปรายผล

1. ระบบการจัดการดูแลแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการวิจัยพบว่า มี 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริการช่องทางด่วน ได้แก่ ด้านการประเมินคัดกรอง ติดตามประเมินผลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 2) ระบบการให้คำปรึกษารายบุคคล จากพยาบาลวิชาชีพประจำ และ 3) ระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผ่านทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์ โดยพยาบาลประจำหน่วย stroke unit ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในสัปดาห์แรกที่มาตรวจตามนัด เพื่อให้คำปรึกษาครั้งแรก โทรศัพท์เยี่ยมประเมินกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมในการรับประทานยาครบ และเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบในสัปดาห์ที่ 2 และ 1 เดือน จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหา อุปสรรค และนำมาประชุมร่วมกันจัดทำระบบ/แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมถึงการวางแผนการจัดระบบการกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานและคุณภาพที่ส่งผลลัพธ์ที่ดี โดยเน้นกระบวนการพัฒนาความรู้ของพยาบาลและทักษะการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและระบบการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Seabra et al., 2018; Lukewich et al., 2019; Lukewich et al., 2022) อย่างไรก็ตามสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาวิธีแก้ไขให้เหมาะสมตามบริบท สถานที่ทำงานปัจจุบันได้ จะช่วยทำให้พยาบาลปฏิบัติการปรับปรุงและร่วมช่วยเหลือผู้อื่นในด้านความรู้และประสบการณ์ให้สามารถ

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Seabra et al., 2018; Lukewich et al., 2019; Lukewich et al., 2022; Puangchan & Jinwawin, 2020; Jongasakul et al., 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษาของความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากนำระบบที่พัฒนาไปใช้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกคนและสูงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาด้านบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกด้านพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (Lukewich et al., 2019; Lukewich et al., 2022; Puangchan, K., & Jinwawin, S. 2020; Jongasakul et al., 2020) โดยเห็นได้ชัดจากการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า เกิดภาวะทรุดลงทางระบบประสาท การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับลดลงกว่าก่อนพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อน โดยเน้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและขับเคลื่อนระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (Lukewich et al., 2019; Boman et al., 2021; Lukewich et al., 2022; Norsan, S., & Wattanannathon. W., 2017) ซึ่งสามารถนำไปขยายผลต่อเนื่องในบริบทอื่นให้มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลต่อไป

ในด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังการพัฒนาระบบมีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ รวมทั้ง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลลดลงกว่าก่อนการพัฒนา ระบบ สอดคล้องกับการศึกษาที่เน้นเป้าหมายการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลลัพธ์ที่เชิงบวก ทั้งด้านผู้ป่วย คือ ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย และด้านโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายการรักษาโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นการจัดการระบบการพยาบาล รวมถึงระบบการส่งต่อระหว่างชุมชน ทำให้เกิดการลดภาระงานที่เกิดขึ้นในรูปแบบแยกส่วนลงอย่างเห็นได้ชัด และเพิ่มระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยโดยตรงกับผู้เกี่ยวข้องส่งผลทำให้เกิดการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Bovim et al., 2016; Case Management Society of America, 2016; Amporn et al, 2018; Institution of Neurology, Department of Medical Services, 2019; Law et al., 2021; Pinyopasakul & Rungchivan, 2022)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ โดยเน้นบทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ

ในสื่อสารและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาล ตลอดจนระบบการดูแลต่อเนื่องอย่างยั่งยืนต่อไป

2. พัฒนาระบบการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย และมีการวางแผนพัฒนาความรู้ของพยาบาลเฉพาะทางอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาวทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อเป็นการยืนยันคุณภาพของการจัดการแบบรายกรณีต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด จึงควรขยายระยะเวลาในการนำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีเพิ่มเติม เพื่อแสดงถึงประสิทธิผลเชิงประจักษ์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในการสนับสนุนให้ดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Amporn, P., Somsri, P., Daekuntod, T., Natsansia, P., & Boonkong, P. (2018). The management model for sudden stroke occlusion patients in the emergency room of Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 207-220. (in Thai)
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Das, S. R., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S.V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Jordan, L. C., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2019). Heart disease and stroke statistics-2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), 56-528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
- Boman, E., Gaarde, K., Levy-Malmberg, R., Wong, F. K. Y., & Fagerström, L. (2022). Using the PEPPA framework to develop the nurse practitioner role in emergency care: Critical reflections. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(3), 117-122.

- Bovim, M. R., Askim, T., Lydersen, S., Fjærtøft, H., & Indredavik, B. (2016). Complications in the first week after stroke: A 10-year comparison. *BMC Neurology*, 16, Article 133. <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0654-8>
- Case Management Society of America. (2016). *Standards of practice for case management*. <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>.
- Institution of Neurology, Department of Medical Services. (2019). *Treatment guidelines for stroke or occlusion in doctors*. Thana Press. (in Thai)
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach*. (3<sup>rd</sup> ed). W.B. Saunders.
- Heldner, M. R., Chaloulos-Iakovidis, P., Panos, L., Volbers, B., Kaesmacher, J., Dobrocky, T., Mordasini, P., Marwan El-Koussy, M., Gralla, J., Marcel Arnold, M., Fischer, U., Mattle, H. P., & Jung, S. (2020). Outcome of patients with large vessel occlusion in the anterior circulation and low NIHSS score. *Journal of Neurology*, 267(6), 1651-1662.
- Jongasakul, A., Sisan, S., Liyankeua, K., & Karunjeanchai, S. (2020). The management model for stroke patients to restore daily functional activities at Phrae Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(3), 454-471. (in Thai)
- Kummarg, U., Sindhu, S., & Muengtaweepongsa, S. (2018). The early outcomes of nurse case management in patients with acute ischemic stroke treated with intravenous recombinant tissue plasminogen activator: A prospective randomized controlled trial. *Neurology Research International*, 2018, Article 1717843. <https://doi.org/10.1155/2018/1717843>
- Law, Z. K., Dineen, R., England, T. J., Cala, L., Mistri, A. K., Appleton, J. P., Serefnur Ozturk, S., Bereczki, D., Ciccone, A., Bath, P. M., Sprigg, N., & TICH-2 investigators. (2021). Predictors and outcomes of neurological deterioration in intracerebral hemorrhage: Results from the TICH-2 randomized controlled trial. *Translational Stroke Research*, 12, 275-283.
- Lukewich, J. A., Tranmer, J. E., Kirkland, M. C., & Walsh, A. J. (2019). Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nursing Open*, 6(3), 685-697.
- Lukewich, J., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Poitras, M. E., Bryant-Lukosius, D., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Ryan, D., & Tranmer, J. (2022). Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-34. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07866-x>

- Norsan, S., & Wattanannathon, W. (2017). Case management nursing: The role of caring for dependent elderly in the community. *Journal of Nursing Science and Health*, 40(2), 138-145. (in Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control. (2020). *Stroke morbidity and mortality rates*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- McLaughlin-Davis, M. (2018). The integrated case management program: Essential for today's case manager. *Professional Case Management*, 23(3), 147-149. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000288>
- Pinyopasakul, W., & Rungchivan, V. (2022). Development of stroke patient care systems: Nursing concepts and competencies. In Kotsitamongoen, S., Kongmuangpak, M., & Pinyopasakul, W. (Eds.), *Nursing stroke patients towards excellent nursing outcomes* (pp.270-330). Niyomwittaya. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer Health Division.
- Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499-504. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>
- Puangchan, K., & Jinvawin, S. (2020). The results of using nursing guidelines for the care of stroke or occlusion patients in acute hospitals. *Phrae Hospital Journal*, 28(2), 1-17. (in Thai)
- Schlesselman, J. J. (1973). Planning a longitudinal study: I. Sample size determination. *Journal of Chronic Diseases*, 26(9), 553-560.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- World Stroke Organization: WSO. (2020). *World stroke organization (WSO) annual report 2020*. [https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO\\_Annual\\_Report\\_2020\\_online.pdf](https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf)
- Xiong, Y., Wakhloo, A. K., & Fisher, M. (2022). Advances in acute ischemic stroke therapy. *Circulation Research*, 130(8), 1230-1251. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319948>



## บทความวิชาการ (Academic article)

การวิเคราะห์องค์กรพยาบาล: กรณีศึกษาการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลี่ส์

Analysis of Nursing Organizations: A Case Study

of Gillies' Nursing Management

วันดี ชูชื่น<sup>1\*</sup>, สุลี ทองวิเชียร<sup>2</sup>, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร<sup>3</sup>, เบญจพร เสาวภา<sup>4</sup>

Wandee Choochuen<sup>1\*</sup>, Sulee Tongvichean<sup>2</sup>, Chutima Panyapinijngoon<sup>3</sup>,

Benjaporn Saovapha<sup>4</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: chuchunwandi@gmail.com, โทรศัพท์ 086-1676610)

(Received: May 21, 2023; Revised: August 23, 2023; Accepted: August 27, 2023)

### บทคัดย่อ

การบริหารจัดการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหาร และผลลัพธ์จากการบริหารขององค์กรพยาบาล เทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์กร เพื่อกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานขององค์กรที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ การวิเคราะห์ องค์กร โดยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร จากการวิเคราะห์สถานการณ์ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการวางแผน รูปแบบที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลากหลายรูปแบบ สำหรับการวิเคราะห์องค์กรพยาบาลจึงควรนำแนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลมาเป็นองค์ประกอบในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการพยาบาล

แนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลี่ส์ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ มีขั้นตอนที่สามารถนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน ดังนี้ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวางแผน 3) การจัดองค์กร 4) การจัดบุคลากร 5) ผู้นำ และ 6) การควบคุม กรอบแนวคิดของกิลลี่ส์ซึ่งนำมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กรการพยาบาล มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่เป็น

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

Instructor, Faculty of Nursing, Rattana Bundit University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

Associate Professor, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

<sup>3</sup> คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

Dean of Faculty of Nursing Kasem Bundit University

<sup>4</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Lamphang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

พื้นฐานทางการบริหารอื่น ๆ ผู้บริหารทางการพยาบาล จึงควรนำแนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของ กิลลีส์มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กรการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ได้หลังจากวิเคราะห์ห้องค์กรสามารถนำไปวางแผนที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรพยาบาล และพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาพยาบาลให้ตรงสาขาการพยาบาลมากที่สุด

**คำสำคัญ:** การวิเคราะห์ห้องค์กร, การบริหารจัดการพยาบาลของกิลลีส์

## Abstract

Nursing administration is a process that has operations to achieve nursing goals by using the concept of systems theory as a framework for operations, inputs, processes, and outputs of the nursing organization. Techniques used in organizational analysis to determine the operational strategy of an organization. The most widely used method is SWOT analysis, using the analysis of the internal and external environment of the organization. There are many different models used in situation analysis. For the analysis of nursing organizations, the concept of nursing administration should be used as a component in the analysis of the internal environment, which is important and necessary for increasing the knowledge of nursing administration.

Gillies' concept of nursing management is based on systems theory. The nursing management process has an administrative process. It can be used to analyze the internal environment: 1) data gathering, 2) planning, 3) organizing, 4) staffing, 5) leader, and 6) controlling Gillies' conceptual framework. The concepts used to analyze the internal environment of nursing organizations are consistent with other theoretical concepts underlying management.

Nursing administrators should therefore use Gillies' concept of nursing administration as a framework for analyzing the internal environment of nursing organizations. Strategies obtained after analyzing the organization can be used to plan according to the context of the nursing organization and develop the body of knowledge in nursing science to match the nursing field as much as possible.

**Keywords:** SWOT analysis, Gillie's nursing management

## บทนำ

การบริหารจัดการทางการพยาบาล เป็นกระบวนการบริหารที่ทำให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนขององค์กร ส่งผลให้เกิดการวางแผนไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดในการบริหารจัดการองค์กรให้ดำเนินงานไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีการบริหารจัดการที่มาจากแนวคิดทฤษฎีทางประเทศในแถบตะวันตก ได้แก่ ทฤษฎีบริหารเชิงวิทยาศาสตร์ของเทเลอร์ (Frederick Winslow Taylor) ทฤษฎีการบริหารจัดการเชิงบริหาร ของเฮนรี ฟาโยว์ (Henri Fayol) และทฤษฎีระบบ เป็นต้น ซึ่งได้มีการนำไปประยุกต์เกิดเป็นการบริหารจัดการของศาสตร์ในสาขาต่าง ๆ เช่น บริหารธุรกิจ บริหารการศึกษา และบริหารการพยาบาล เป็นต้น การบริหารจัดการของศาสตร์ในสาขาใดสาขาหนึ่ง จะมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ในสาขานั้น ๆ และพัฒนาองค์ความรู้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีจากองค์ความรู้ตามศาสตร์สาขาที่พัฒนาจะใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะสอดคล้องกับองค์ความรู้ นั้น ๆ ได้ตรงกับเป้าประสงค์ที่องค์กรต้องการ

เครื่องมือที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุดคือ การวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิค SWOT analysis ซึ่งผู้บริหารองค์กรต้องวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรจากบริบทที่หลากหลาย โดยการประเมินจุดแข็ง (strengths: S) และจุดอ่อน (weaknesses: W) โอกาส (opportunities: O) และอุปสรรคหรือภัยคุกคาม (threats: T) ขององค์กร เพื่อนำมาซึ่งการวางแผนกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานะขององค์กร เช่น การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ 7s Model of McKinsey (Nejad et al., 2015) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยใช้กรอบการวิเคราะห์จาก PEST analysis (Babatunde & Adebisi, 2012) รวมทั้ง งานวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้กรอบการวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษาวิจัย เช่น การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Ladd et al., 2020) และการสรรหาและคงอยู่ของพยาบาลมะเร็งวิทยาทั่วโลก (Challinor, 2023) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคอื่น ๆ เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของพยาบาลยุโรปในปัจจุบัน (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2014) กรอบที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาองค์กรวิชาชีพพยาบาล จึงมุ่งหวังให้ใช้แนวคิดทางองค์ความรู้ทางการจัดการพยาบาล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรวิชาชีพการพยาบาลมากที่สุด

บทความวิชาการนี้ นำเสนอเนื้อหาการใช้เทคนิค SWOT analysis วิเคราะห์องค์กรพยาบาล โดยวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร โดยใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลีส (Gillies, 1994) และกรณีศึกษา ซึ่งกลยุทธ์ที่ได้จากผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา สามารถนำไปเป็นแนวทางวางแผนเพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการทางการพยาบาล เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ซึ่งแสดงถึงการรักษาความเป็นเอกภาพในศาสตร์องค์ความรู้ทางการจัดการพยาบาล

## การวิเคราะห์องค์กร ด้วยเทคนิค SWOT

เป็นเทคนิคการวิเคราะห์เริ่มต้นและเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งถูกพัฒนาโดยอัลเบิร์ต เอส. ฮัมพรีย์ จากการพัฒนาผลงานโดยการวิเคราะห์แบบ SOFT (Satisfactory, Opportunities, Faults & Threats) ที่สถาบันวิจัยสแตนฟอร์ด (Humphrey, 2005) การวิเคราะห์ SWOT เป็นเทคนิคการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร เพื่อระบุจุดแข็ง (strengths: S) และจุดอ่อน (weaknesses: W) มองเห็นโอกาส (opportunities: O) และอุปสรรคหรือภัยคุกคาม (threats: T) ขององค์กร เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการ ดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ และการตัดสินใจในอนาคต (Sincy, 2016) หากการวิเคราะห์เป็นไปอย่างมีข้อคิดหรือบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน จะทำให้การวางแผนกลยุทธ์เป็นไปไม่ตรงตามยุทธศาสตร์ เทคนิคการวิเคราะห์มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เกี่ยวข้องกับการรวบรวมและประเมินข้อมูลสำคัญ ขั้นที่ 2 ข้อมูลในองค์กรจะถูกรวบรวมและจัดเรียงเป็น 4 ประเภท ได้แก่ จุดแข็ง-จุดอ่อน (ปัจจัยภายในองค์กร) โอกาส-ภัยคุกคาม (ปัจจัยภายนอกองค์กร) ขั้นที่ 3 การพัฒนาเมทริกซ์ SWOT สำหรับแต่ละทางเลือกภายใต้การพิจารณาข้อมูล ขั้นที่ 4 การรวมการวิเคราะห์ SWOT เข้ากับกระบวนการตัดสินใจเพื่อพิจารณาว่าทางเลือกใดที่ตรงกับแผนกลยุทธ์โดยรวมขององค์กรมากที่สุด (Gretzky, 2010)

ในขั้นการพัฒนาเมทริกซ์ SWOT เป็นการจัดทำตารางความสัมพันธ์ TOWS matrix (Ravanavar & Charantimath, 2012) เป็นตารางไขว้ที่ระบุกลุ่มกลยุทธ์ที่แตกต่างกันสี่กลุ่มตามแนวคิด ความเข้มแข็ง-โอกาส (SO) ความเข้มแข็ง-ภัยคุกคาม (ST) จุดอ่อน-โอกาส (WO) และจุดอ่อน-ภัยคุกคาม (WT) (Dubey, et al., 2018) ดังตาราง 1

ตาราง 1 TOWS matrix (Dubey, et al., 2018)

	(S)	(W)
(O)	S-O	W-O
(T)	S-T	W-T

ตาราง TOWS matrix สามารถใช้อธิบายกลยุทธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ SWOT ได้ดังนี้

S-O แสดงถึงกลยุทธ์เชิงรุก ที่ใช้จุดแข็งองค์กรให้เหมาะสมกับแนวทางปฏิบัติของโอกาสที่ได้รับ

W-O แสดงถึงกลยุทธ์เชิงแก้ไข โดยใช้โอกาสเพื่อการเอาชนะจุดอ่อนที่มีอยู่

S-T แสดงการค้นพบกลยุทธ์เชิงป้องกัน โดยใช้จุดแข็งขององค์กร มาลดความอ่อนไหวต่อภัยคุกคาม

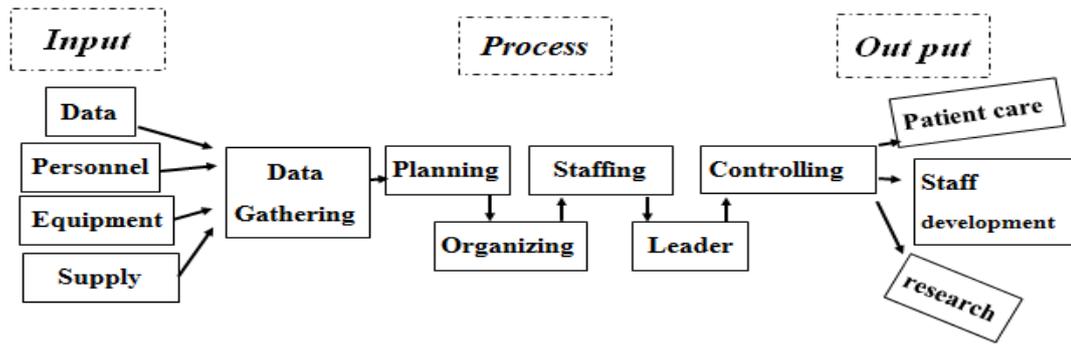
W-T แสดงกลยุทธ์การรับ ทำให้การป้องกันตนเองจากจุดอ่อนองค์กร เพื่อขัดขวางภัยคุกคาม

การวิเคราะห์องค์กรด้วยเทคนิค SWOT พบในหลากหลายองค์กรและเผยแพร่ในรูปแบบผลงานวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จในองค์กรภาครัฐ (Hunsing et al., 2022) ยุทธศาสตร์การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชชา จังหวัดอุดรธานี (Wichiansaen et al., 2022) ความได้เปรียบเชิงการแข่งขันของผู้ประกอบการด้านท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมจังหวัดสกลนคร จากการประกาศรับรองว่าเป็นเมืองหัตถกรรมโลกแห่งสี่ครามธรรมชาติ (Prongmanee et al., 2022) รูปแบบการบริหารจัดการจังหวัดคุณธรรมต้นแบบของจังหวัดพิจิตร (Buddhisaro, 2022) และข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการศึกษาของสภาคริสตจักร ในประเทศไทย เพื่อส่งเสริมคุณธรรมในทศวรรษหน้า (ค.ศ.2018–2028) (Chitsing & Paiwitthayasirithum, 2022)

ตัวอย่างผลงานวิจัยดังกล่าวใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์กรด้วย SWOT และใช้แนวคิดการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรที่สอดคล้องกับตัวแปรของงานที่ศึกษาวิจัยนั้น ๆ กรอบการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในที่พบได้บ่อยในการวิจัยทางสุขภาพ ได้แก่ กรอบแนวคิดของ 7s Model of Mckinsey โดยมีการวิเคราะห์ 7 ประเด็น ได้แก่ strategy (กลยุทธ์) structure (โครงสร้างองค์กร) style (รูปแบบการบริหาร) staff (บุคลากร) skills (ทักษะ) systems (ระบบ) และ shared values (ค่านิยมร่วม) (Nobnorb et al., 2022) และการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ PEST Analysis และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยใช้กรอบการวิเคราะห์จาก PEST analysis ประกอบด้วย P: politic (นโยบายและการเมือง) E: economic (เศรษฐกิจ) S: social (สังคม) และ T: technology (เทคโนโลยีและนวัตกรรม) (Ho, 2014) โดยมีงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าว เช่น การศึกษาปัญหาและแนวทางการกำหนดกลยุทธ์ของนักทัศนอากรของประเทศไทย (Saneech et al., 2021) โดยกำหนดกลยุทธ์การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในด้วยกรอบแนวคิด 7s Model of Mckinsey และสิ่งแวดล้อมภายนอกใช้แนวคิด PEST analysis ซึ่งแนวทางการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในด้วยกรอบดังกล่าวยังขาดบริบทการบริหารองค์กรวิชาชีพพยาบาลอีกหลายมิติ เช่น การรวบรวมข้อมูล (data gathering) มาตรฐานการพยาบาล (nursing standards) และผู้นำ (leader) เป็นต้น

### **แนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของ Dee Ann Gillies**

กิลลีส์ (Gillies, 1994) เป็นนักบริหารทางการพยาบาล ได้เขียนหนังสือชื่อ “nursing management: a system approach” โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบ และแนวคิดการบริหารของ Gulick & Urwick (Ezeugbor, 2014) มาใช้ในกระบวนการบริหารการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ ข้อมูล (data) บุคลากร (personnel) เครื่องมือ (equipment) และการจัดหา (supply) 2) กระบวนการบริหาร (process) ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล (data gathering) การวางแผน (planning) การจัดองค์กร (organizing) การจัดบุคลากร (staffing) ผู้นำ (leader) และการควบคุม (controlling) และ 3) ผลผลิต (output) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย (patient care) การพัฒนาบุคลากร (staff development) และการวิจัย (research) ดังภาพ 1



ภาพ 1 ระบบของการบริหารจัดการพยาบาล (Gillies, 1994)

การบริหารจัดการพยาบาล (process) ตามแนวคิดระบบการบริหารจัดการพยาบาลของ Dee Ann Gillies มีรายละเอียดต่อไปนี้

1) การรวบรวมข้อมูล (data gathering) เป็นการประเมินสถานการณ์ (situational assessment) ขององค์กรนั้น ๆ

2) การวางแผน (planning) ได้แก่ การใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ (management theory) ภารกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ (mission, philosophy, goal and objective) วิธีการเชิงระบบ (system approach) การจัดทำงบประมาณ (budgeting) และ มาตรฐานการพยาบาล (nursing standards)

3) การจัดองค์กร (Organizing) ได้แก่ ผังโครงสร้างองค์กร (organization structure) การวิเคราะห์และประเมินผลงาน (job analysis and evaluation) การทำงานเป็นกลุ่มและการสร้างทีม (group work and team building) การสื่อสาร (communication) และการจัดการเวลา (time management)

4) การจัดบุคลากร (staffing) ได้แก่ หลักการจัดบุคลากร (principle of staffing) การสรรหาคัดเลือกและปฐมนิเทศ (recruitment, selection, orientation) การจัดตารางเวลา (scheduling) ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยและมาตรการด้านผู้ป่วย-ความรุนแรง (patient-classification systems and patient-acuity measures) อัตราการขาดงาน (absenteeism) การหมุนเวียน (turnover) และการพัฒนาบุคลากร (staff development)

5) ผู้นำ (leader) ได้แก่ ความเป็นผู้นำ (leadership) จรรยาบรรณทางการพยาบาล (nursing ethics) การได้รับและใช้กำลัง (obtaining and using power) การแก้ปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) การวิจัยทางการพยาบาล (nursing research) การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ (effective change) และจัดการความขัดแย้ง (managing conflict)

6) การควบคุม (controlling) ได้แก่ การปรับปรุงคุณภาพ (quality improvement) ระบบคอมพิวเตอร์สารสนเทศ (computer information system) การประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล

(performance appraisal) ระเบียบวินัย (discipline) กฎหมาย (law) และการจัดการแรงงานสัมพันธ์ (labor-management relations)

## กรณีศึกษา การวิเคราะห์ห้องศัลยกรรมตามแนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของ Dee Ann Gillies

กระบวนการบริหารจัดการพยาบาลของ Gillies สอดคล้องกับบริบทการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในขององค์กรพยาบาล โดยการนำองค์ประกอบของกระบวนการบริหารจัดการ ซึ่งได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร ผู้นำ และการควบคุม มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายใน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวคิดของการบริหารจัดการพยาบาลขององค์กรพยาบาลในอนาคตดังกรณีศึกษา ต่อไปนี้

“หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) ขนาด 60 เตียง ซึ่งมีวิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ใช้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่นและศรัทธา”

ข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วย ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปเพศชายอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป จำนวนเตียง 35 เตียง เป็นเตียงผู้ป่วยสามัญโดยมีการจัดแบ่งพื้นที่ออกเป็น ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยทั่วไปทุกโรค 2) ดูแลผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการและผู้ป่วยในภาวะวิกฤต รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด 3) ดูแลผู้ป่วยชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) จำนวน 2 เตียง และผู้ป่วยทั่วไปทุกโรคที่ต้องแยกโซน ทุกกรณีเช่น ภูมิต้านทานต่ำ 4) มีห้องสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) และ 5) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องแยก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แต่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยรับกลับ (refer back) จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด กรณีห้องที่แยกผู้ป่วยเต็มจะใช้วิธีในการแยกโซนผู้ป่วยโดยให้อยู่ท้ายตึก และเว้นระยะทางประมาณ 1 เมตร

ปัญหาที่พบ ได้แก่ ข้อจำกัดผู้ป่วยที่ต้องแยกโรค ไม่มีห้องแยกที่ได้ตามมาตรฐาน สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ห้องแยกมี 2 ห้องมีเครื่องดูดอากาศ แต่ไม่มีระบบที่ควบคุมความดันของอากาศภายในห้องที่เป็นลบ และไม่มีห้องน้ำแยกเป็นสัดส่วน

### การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในตามแนวคิดการบริหารจัดการพยาบาลของกิลลีส์

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (data gathering) เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งในรูปแบบเอกสารและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ลงในระบบเวชระเบียน เป็นระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการจัดการข้อมูล การปฏิบัติงาน มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง 4 ระดับ พยาบาลต้องรับผิดชอบทั้งด้านบริการและด้านเอกสารภายในหอผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนมาก การลงบันทึกเครื่องมือ วัสดุ/ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ เพียงพอต่อการใช้งานและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องทุกครั้งหลังจากเลิกใช้กับผู้ป่วย การเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยทุกเวรมีการตรวจสอบตอนเวรเข้าทุกครั้ง มีการจัดทำแผนการใช้วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน หากพบอุปกรณ์ชำรุดหรือ

เสียหายจะดำเนินการส่งซ่อมแซมทันที มีการแยกขยะปลอดเชื้อ ติดเชื้อ และขยะอันตรายอย่างเป็นระบบของการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (infection control: IC)

2) การวางแผน (planning) หอผู้ป่วยในชายมีการประชุมทำแผนปฏิบัติงานร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง มีการประชุมวิชาการภายในหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 3 ครั้ง แต่เนื่องจากมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 จึงมีการจัดประชุมโดยประชุมทางวิดีโอออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet ซึ่งทำให้สะดวกต่อการเข้าร่วม

3) การจัดองค์กร (organizing) มีสายบังคับบัญชาอย่างชัดเจนและเป็นระบบตามโครงสร้างองค์การตามสายงานหลัก (line organization structure) ร่วมกับโครงสร้างองค์การแบบเมทริกซ์ (matrix organization) ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันเมื่อมีปัญหาระหว่างการปฏิบัติงานหรือมีสิ่งที่ไม่เข้าใจไม่ตรงกัน จะมีการอภิปรายร่วมกัน และตัดสินใจโดยใช้เสียงข้างมาก

มีหน้าที่และเป้าหมายคือ ให้บริการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยในชาย อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และภาวะวิกฤตชาย จัดระบบบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติแบบองค์รวม บริหารจัดการภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีขอบเขตการให้บริการ มีศักยภาพให้การดูแลผู้ป่วยตามการรักษาของแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม กุมารเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูก รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและทั่วไป ให้บริการโรคสำคัญ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตาย การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหลอดเลือดก้นเรือรัง ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ และรับผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 เตียง มีระบบชุดศุนย์กลางเฝ้าติดตามสัญญาณชีพและการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย

4) การบริหารบุคคล (staffing) มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับ มีการแบ่งงานให้รับผิดชอบชัดเจนทั้งรายวัน และรายเดือน มีการกำหนดหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลในทีม ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เสมียนหอ และพนักงานทั่วไปในแต่ละเวร มีการจัดตารางเวรและการจัดอัตรากำลังสำรองกรณีฉุกเฉิน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 5-10 ปี การวิเคราะห์อัตรากำลังพบว่า บุคลากรในเวรไม่เพียงพอ คิดเป็นอัตรากำลังพยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 5 คน การจัดเวรแบบ 8 ชั่วโมง (เวรเช้า บ่าย และดึก) เวรเช้ามีพยาบาล จำนวน 5 คน มอบหมายงานโดยมีหัวหน้าเวร (incharge) 2 คน หัวหน้าทีม (leader) 2 คน และสมาชิกทีม (member) 1 คน วันหยุดราชการ เวรบ่าย และเวรดึก มีพยาบาล จำนวน 3 คน มอบหมายงานโดยมี incharge 2 คน และ leader 1 คน หากมีผู้ป่วยมากกว่า 25 คน เพิ่มพยาบาลทำงานล่วงเวลา (over time: OT) 1 คน

บุคลากรผ่านการเข้าร่วมอบรมเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการเพิ่มขีดความสามารถสูงสุดที่เป็นของบุคคลนั้น ผ่านงานที่ได้รับมอบหมายหรือผลงานที่สัมพันธ์กับความสามารถระดับสูง พัฒนาขีดความสามารถจากกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมนิเทศ การฝึกงาน การอบรม การเรียนในหลักสูตร การประชุมปรึกษา การสัมมนา การเรียนแบบโปรแกรม และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง โดยมีการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีศักยภาพในการพยาบาล เฉพาะสาขา ได้แก่

- หลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ (4 เดือน) 1 คน

- หลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชศาสตร์ชุมชน (4 เดือน) 2 คน
- การอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (1 เดือน) 1 คน
- การอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (1 เดือน) 4 คน
- การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (1 เดือน) 1 คน
- การอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ (2 สัปดาห์) 2 คน
- การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน (2 วัน) ทุกคน

ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ พยาบาลขาดการกระตือรือร้นในการทำงาน ในการรายงานแพทย์เฉพาะทางเมื่อปัสสาวะไม่ออกตั้งแต่ก่อนรับไว้ใน การดูแลของโรงพยาบาล กระบวนการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานขาดการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ขาดการเฝ้าติดตามอาการ ผู้ป่วยเกรด 3 ขณะเคลื่อนย้ายเข้าตึก พบการสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน จำนวน 25 ครั้ง

5) ผู้นำ (leader) ผู้บริหารมีบุคลิกภาพและภาวะของผู้นำ เน้นการพัฒนาผู้ตามแบบทำงานเป็นทีม กระตุ้นและยกย่องซึ่งกันและกัน มีความรู้ความเข้าใจ สามารถสอนแนะนำการปฏิบัติงานการพยาบาลวิกฤตได้อย่างถูกต้องตามขอบเขตของหน่วยงาน มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มีความเป็นธรรมและความยุติธรรมต่อผู้ใต้บังคับบัญชา

6) การควบคุม (controlling) ควบคุมการทำงานอย่างเป็นระบบโดยใช้แนวทางปฏิบัติ (Clinical practice guideline: CPG) ตามสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น ๆ มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล วางแผนและจัดการร่วมกับทีมสุขภาพ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงานตามมาตรฐาน และมีการแยกห้องหรือพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น แต่ห้องแยกไม่มีระบบแรงดันลบ และไม่มีห้องน้ำแยก เนื่องจากต้องรองบประมาณการปรับปรุง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพไม่เต็มที่

ประเด็นคุณภาพด้านการพยาบาลที่สำคัญ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะที่สมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมอง ได้รับการประเมินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง จากพยาบาลประจำการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและการรายงานอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ผู้ป่วยถึงวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างถูกต้องปลอดภัย ลดการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

#### การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยในชาย ด้วยกรอบแนวคิดของ PEST

1) การเมือง (P: politics) โรงพยาบาลมีนโยบายการรับรองคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก เป็นหน่วยงานที่เร่งรัดในเรื่องคุณภาพการบริการ และมีนโยบายกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาคุณภาพบริการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการให้เป็นที่ยอมรับต่อสังคมและชุมชน

2) เศรษฐกิจ (E: economic) โรงพยาบาลได้รับงบประมาณจากส่วนกลางในวงเงินที่ขออนุมัติตามกรอบการประมาณค่าใช้จ่าย เพื่อการคงไว้ซึ่งภารกิจหลักของหน่วยงาน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดการศรัทธาจากประชาชนในพื้นที่จนได้รับเงินสนับสนุนเป็นเงินบริจาคจากประชาชน มีกองทุนอุบัติเหตุฉุกเฉินในชุมชนพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลและพื้นที่ใกล้เคียง

3) สังคมและวัฒนธรรม (S: social) มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง จากกองทุนอุบัติเหตุฉุกเฉินในชุมชนพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลและพื้นที่ใกล้เคียง ส่งผลให้มีการประสานความร่วมมือที่ดี โรงพยาบาลตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ทั้งภาษาและวัฒนธรรมประจำถิ่น แต่ความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้เป็นปัญหาในการปฏิบัติงานในบางหน่วยงาน เช่น เวิร์ปเปิล ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น การเป็นแหล่งท่องเที่ยว ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 พบได้ตลอดเวลา และมีอัตราการพบเชื้อรายใหม่ต่อเนื่องเป็นระยะ

4) เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ (T: technology) เนื่องจากเป็นพื้นที่ท่องเที่ยว ทำให้มีระบบการสื่อสารทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และทำให้เสี่ยงต่อการร้องเรียนทางสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้น

การให้คะแนน การถ่วงน้ำหนัก และผลคูณ การวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน จากสภาพแวดล้อมภายในองค์กรโดยใช้กระบวนการบริหารทางการพยาบาลของ Dee Ann Gillies ปรากฏดังนี้

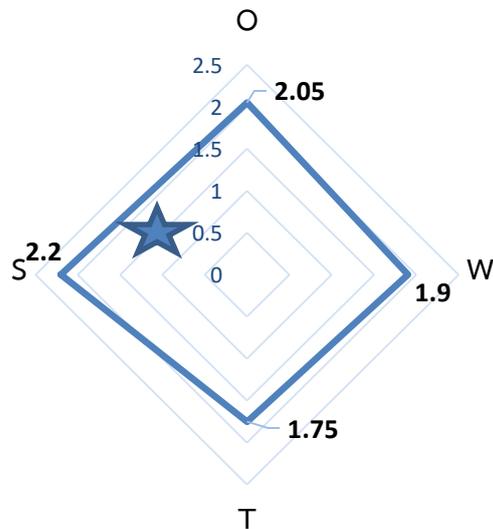
ปัจจัย	จุดแข็ง (S: strengths)	น้ำหนัก	คะแนน	ผลคูณ
การรวบรวมข้อมูล (data gathering)	1. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งหลังรับเวร	0.10	4	0.40
การวางแผน (planning)	-	0	0	0
การจัดองค์กร (organizing)	1. การประสานงานและการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ	0.15	5	0.75
การจัดบุคลากร (staffing)	1. ทีมผู้ให้การพยาบาลมีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์และผ่านการอบรมต่าง ๆ 2. มีการจัดจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมามากอย่างใกล้ชิด	0.15	5	0.75
ผู้นำ (leader)	1. การจำกัดการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วย และมีจุดให้บริการเจลแอลกอฮอล์ เพื่อส่งเสริมนโยบายป้องกันการติดเชื้อ Covid-19	0.05	3	0.15
การควบคุม (controlling)	1. ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์ครบถ้วนได้มาตรฐาน 2. สถานที่สะอาด โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก และปลอดภัย	0.05	3	0.15
<b>รวม</b>		<b>0.50</b>		<b>2.20</b>

ปัจจัย	จุดอ่อน (W: weaknesses)	น้ำหนัก	คะแนน	ผลคูณ
การรวบรวมข้อมูล (data gathering)	-	0	0	0
การวางแผน (planning)	-	0	0	0
การจัดองค์กร (organizing)	-	0	0	0
การจัดบุคลากร (staffing)	1. ใช้อัตรากำลังร่วมระหว่างพยาบาลสามัญและหอผู้ป่วยหนัก 2. ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางบางสาขา เช่น กระจก	0.20	5	1.0
ผู้นำ (leader)	1. มีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ห้องแยกไม่เพียงพอ ต้องกระจายมาด้านนอกหอผู้ป่วย	0.15	3	0.45
การควบคุม (controlling)	1. ห้องแยกไม่มีระบบความดันลบ ไม่มีห้องน้ำในตัว	0.15	3	0.45
	รวม	0.50		1.90

การให้คะแนน การถ่วงน้ำหนัก และผลคูณ การวิเคราะห์โอกาสและภัยคุกคาม จากผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยใช้ PEST ปรากฏดังนี้

ปัจจัย	โอกาส (O: opportunities)	น้ำหนัก	คะแนน	ผลคูณ
นโยบายและการเมือง (P: politic)	1. ผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาคุณภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ	0.20	5	1.00
เศรษฐกิจ (E: economic)	1. การได้รับงบประมาณ/เงินสนับสนุนจากประชาชน	0.05	3	0.15
สังคมและวัฒนธรรม (S: social)	1. มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและประสานความร่วมมือที่ดี 2. เป็นแหล่งท่องเที่ยว มีผู้รับบริการชาวต่างชาติมากขึ้น	0.15	4	0.60
เทคโนโลยีและนวัตกรรม (T: technology)	1. มีระบบการสื่อสารทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย	0.10	3	0.30
	รวม	0.50		2.05
ปัจจัย	ภัยคุกคาม (T: threats)	น้ำหนัก	คะแนน	ผลคูณ
นโยบายและการเมือง (P: politic)	-	0	0	0
เศรษฐกิจ (E: economic)	-	0	0	0
สังคมและวัฒนธรรม (S: social)	1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 2. ความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน	0.25	4	1
เทคโนโลยีและนวัตกรรม (T: technology)	1. มีสื่อออนไลน์ ทำให้เสี่ยงต่อการเรียกร้องเพิ่มขึ้น	0.25	3	0.75
	รวม	0.50		1.75

จากนั้น นำคะแนนผลคูณในแต่ละด้านไปลงตารางคำนวณสำเร็จรูปในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อวาดกราฟเพื่อแสดงตำแหน่งการวิเคราะห์ SWOT ดังภาพ 2



ภาพ 2 กราฟแสดงผลการวิเคราะห์ SWOT analysis

กลยุทธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ เป็นกลยุทธ์ในเชิงรุก (SO) กลยุทธ์เอื้อและเป็นสถานการณ์ที่พึงปรารถนาที่สุด องค์กรค่อนข้างจะมีจุดแข็งและโอกาสที่เอื้อประโยชน์ (จุดแข็ง-โอกาส) หลังจากที่ตั้งองค์กรได้กลยุทธ์จากวิเคราะห์แล้วก็จะได้นำจุดแข็งและโอกาสที่ปรากฏตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งมีขั้นตอนของการจัดทำแผนงานขององค์กร ทั้งนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับกลยุทธ์จึงต้องศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงานโครงการ รวมทั้ง ไม่ละเลยต่อจุดอ่อนที่ต้องหาแนวทางปรับปรุงส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น และหาแนวทางร่วมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคหรือภัยคุกคาม ที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขสถานการณ์ที่ดำรงอยู่ ให้ปรับเปลี่ยนจากวิกฤตเป็นโอกาสต่อไป

### สรุปและเสนอแนะ

การวิเคราะห์ SWOT ที่ได้จากกรณีศึกษา เห็นได้ว่าจะสามารถนำมาเป็นกรอบแนวคิดของสิ่งแวดล้อมภายในได้ เป็นการนำเอาทฤษฎีทางการบริหารการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดแบบจำลองที่ใกล้เคียงกับบริบททางวิชาชีพมากที่สุด การให้ความสำคัญกับศาสตร์วิชาชีพเป็นสิ่งที่จะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำกรอบแนวคิดด้านการบริหารจัดการพยาบาลมาศึกษาวิจัยในด้านการบริหารการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งในองค์ความรู้ทางวิชาชีพ ทดแทนการใช้แนวคิดศาสตร์สาขาอื่น ๆ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีความเข้มแข็งที่จะเสนอแนวคิดของศาสตร์ในสาขาบริหารการพยาบาลเพราะเป็นบริบทที่ผู้บริหารดำเนินการและคุ้นเคยมากที่สุด และหากมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์องค์กรพยาบาลต่อการประชุมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถปรับปรุง และให้ข้อเสนอแนะมากกว่าการนำศาสตร์ในสาขาอื่น ๆ มาวิเคราะห์องค์กรของตนเอง ภาวะ

ผู้นำของผู้บริหารการพยาบาลเป็นสิ่งท้าทาย ผู้บริหารการพยาบาลและนักวิชาการทางการพยาบาลสามารถศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อยืนยันองค์ประกอบแบบจำลองทางการบริหารการพยาบาลของกิลลีส (Gillies, 1994) เพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงขององค์กร ดำรงอยู่ในความเป็นเอกลักษณ์วิชาชีพของตนเอง และการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไปในอนาคต

### รายการอ้างอิง

- Babatunde, B. O., & Adebisi, A. O. (2012). Strategic environmental scanning and organization performance in a competitive business environment. *Economic Insights-Trends & Challenges, 64*(1), 24-34.
- Buddhisaro, P. R. (2022). The management pattern of virtue Phichit Province model. *Journal of MCU Social Science Review, 11*(1), 305-317. (in Thai)
- Challinor, J. (2023). Global oncology nursing recruitment and retention: A SWOT analysis. *Seminars in Oncology Nursing, 39*(1), Article 151361. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151361>
- Chitsing, T., & Paiwitthayasirithum, C. (2022). Policy recommendations for the education management of the Church of Christ in Thailand to raise the virtue in the next decade (AD 2018-2028). *Silpakorn Educational Research Journal, 14*(1), 305-321. (in Thai)
- Dubey, S., Verma, K., Rizvi, M. A., & Ahmad, K. (2018). SWOT analysis of cloud computing environment. In *Big Data Analytics: Proceedings of CSI 2015* (pp. 727-737). Springer.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing Management: A system approach*. Curtis center.
- Gretzky, W. (2010). Strategic planning and SWOT analysis. *Essentials of Strategic Planning in Healthcare, 1*(12), 91-108.
- Ho, J. K.-K. (2014). Formulation of a systemic PEST analysis for strategic analysis. *European Academic Research, 2*(5), 6478-6492.
- Humphrey, A. S. (2005). SWOT analysis. *Long Range Planning, 30*(1), 46-52.
- Hunsing, K., Boonchum, P., Kaeokhum, P., Krayam, W., & Rojanatrakul, T. (2022). Analysis and planning for success of government organizations. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation, 8*(8), 351-364. (in Thai)
- Ladd, E., Miller, M., Wheeler, K., Wainaina, S., Aguirre, F., McGrath, H., Lee, S., Nashwan, A., Neary, A., & Core, K. (2020). *A global SWOT analysis of advanced practice nursing: Policy, regulation, and practice*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-113320/v1>
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2014). An overview of nursing in Europe: A SWOT analysis. *Nursing Inquiry, 21*(4), 358-367.

- 
- Nejad, T. A., Behbodi, M. R., & Ravanfar, M. M. (2015). Analyzing organizational structure based on 7s model of McKinsey. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 5(5), 43-55.
- Nobnorb, N., Sriyabhaya, A., & Samahito, S. (2022). Developing 7-s Mckinsey model within administration and managed exercise center in thai regional hospital. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science)*, 8(3), 535-547.
- Piechowski, M. M. (1986). The concept of developmental potential. *Roeper Review*, 8(3), 190-197.
- Prongmanee, P., Korwatanasakul, U., & Ayudhya, P. S. N. (2022). The competitive advantage of cultural tourism entrepreneurs in sakon-nakhon province registering as the world craft city of natural indigo. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 12(3), 139-152. (in Thai)
- Ravanavar, G. M., & Charantimath, P. M. (2012). Strategic formulation using TOWS matrix–A cases study. *International Journal of Research and Development*, 1(1), 87-90.
- Sincy, P. (2016). SWOT analysis in nursing. *International Journal of Nursing Care*, 4(1), 34-37.
- Wichiansaen, P., Samona, S., & Sanphosh, K. (2022). Development strategy for self - health care of he elderly by applying the King’s philosophy at Udonthani. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(8), 97-113. (in Thai)

## คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัย ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนี้ ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

### การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS Word 97-2003 Document ขนาด 16 ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ ขนาด 18) (สถานที่ทำงาน ขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น Original paper จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 ไว้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ

3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล

4. สถานที่ทำงาน ขนาด 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ

5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ

6. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษรปกติ (ตามข้อ 1)

8. การใช้ตัวเลขทั้งในเนื้อหาและในวงเล็บใช้เลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)

9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- 9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 9.9 ผลการวิจัย
- 9.10 การอภิปรายผล
- 9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- 9.12 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 9.13 เอกสารอ้างอิง
10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
- 10.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 10.3 เนื้อหา
- บทนำ
  - เนื้อเรื่อง
  - บทสรุป
- 10.4 เอกสารอ้างอิง
11. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ หรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหาตำแหน่งที่ต้องการ
- หมายเหตุ:** บทความของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษาให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition)

#### 1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Sriyasak (2015)	(Surname, year) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname <sup>1</sup> and Surname <sup>2</sup> (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname <sup>1</sup> & Surname <sup>2</sup> , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname <sup>1</sup> et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname <sup>1</sup> et al., year) (Sriyasak et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง	Surname <sup>1</sup> (year as cited in Surname <sup>2</sup> , year)	(Surname <sup>1</sup> , year as cited in Surname <sup>2</sup> , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

## 2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) ผู้แต่ง 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ สกุล คนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	<p>Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. URL (ถ้ามี)</p> <p>Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research &amp; evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4<sup>th</sup> ed.). SAGE.</p> <p>Bellanca, J., &amp; Brendt, R. (2010). <i>21<sup>st</sup> century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press.</p> <p><b>กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ</b></p> <p>McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., &amp; Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5<sup>th</sup> ed.). Elsevier.</p> <p><b>บทในหนังสือ</b></p> <p>Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, &amp; K. G. Susan (Eds.), <i>Burns &amp; Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9<sup>th</sup> ed., pp. 1-18). Elsevier.</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>*ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.</p>
บทความ ในวารสาร	<p>แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI</p> <p>ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.</p> <p>Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., &amp; Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)</p>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	<p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI</b> ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. <a href="https://doi.org/เลข doi">https://doi.org/เลข doi</a> Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., &amp; Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. <a href="https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001">https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001</a></p> <p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (elocator)</b> ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), บทความ เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. &amp; Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. <a href="https://so1.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548">https://so1.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548</a> (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., &amp; Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030</a></p>
<p><b>วิทยานิพนธ์</b> <b>คุณนิตินพนธ์</b></p>	<p><b>ไม่ได้ตีพิมพ์</b> ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.</p> <p><b>จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b> Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <a href="http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428">http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428</a> (in Thai)</p> <p><b>จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b> McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.</p>
<p><b>รายงาน</b></p>	<p><b>จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น</b> ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i>. Dhurakij Pundit University. (in Thai)</p> <p><b>จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น</b></p>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <a href="https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf">https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf</a>
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	<p><b>ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ</b></p> <p>ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. ใน หรือ In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.), ชื่อหัวข้อการประชุม (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)</p> <p>Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, &amp; E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i>. SHS Web of Conferences. <a href="https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019">https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019</a></p>
	<p><b>ในรูปแบบวารสาร</b></p> <p>Prasasti, A. K., &amp; Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i>, 2(1), 9-18. <a href="http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431">http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431</a></p>
เว็บไซต์	<p>ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL</p> <p>World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i>. <a href="https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy">https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy</a></p> <p>* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ.</p> <p>** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก</p>

## การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th) โทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



## ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท  บุคคล ชื่อ - นามสกุล.....

หน่วยงาน ชื่อ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

### มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

กรณีบทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

กรณีบทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

โดยได้ชำระเป็น

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งรูปเล่มวารสารและใบเสร็จรับเงิน)

.....  
.....

ลงนาม .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ กรุณาส่งเอกสารนำส่ง ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม มายัง

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

\*\*\*กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทุกรายการ

ทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”

ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น\*\*\*

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....  
.....  
ภาษาอังกฤษ.....  
.....  
ประเภทบทความ  บทความวิจัย  บทความวิชาการ
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์  ใช่  ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก  
ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล: .....
- (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....  
คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้  
 ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>  
 แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)  
เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....  
 รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด  
 บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม  
1. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน..... อีเมล: .....
2. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน..... อีเมล: .....
3. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน..... อีเมล: .....
4. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน..... อีเมล: .....
6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้นิพนธ์หลัก  ใช่  ไม่ใช่  
ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใดๆ มาก่อน  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

---

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมา  
ตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573

อีเมลล์ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>