



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (Online)
2025

ปีที่ 8 ฉบับ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
(Vol. 8 No.2 May - August 2025)



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI)
กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทาง วิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับ บทความวิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการ เปิดเผยชื่อ-นามสกุลและหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีชื่อของกองบรรณาธิการ

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

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
มีชื่อของกองบรรณาธิการ และมีข้อความรับผิดชอบต่อวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

<p>ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศ.พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว</p> <p>บรรณาธิการ ผศ.ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์</p> <p>กองจัดการ อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์ นางโสภิษฐ์ มิตรดี</p> <p>เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ศ.ดร.รัตน์ศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พล.ต.หญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยภิตติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราขานครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.อดิฏาณ์ ศรเกษตริน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รศ.ดร.มนพร ซาติขานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผศ.ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผศ.ดร.รพีพรรณ นาคบุผา วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผศ.ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี</p>
--	---

กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568-2572 กองบรรณาธิการวารสาร จึงคงไว้ซึ่งมาตรฐานสำหรับบทความที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่อง ต้องได้รับการพิจารณากลั่นกรอง (peer-review) จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความวิจัย และอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online)

สำหรับปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 นี้ ฉบับนี้ มีบทความวิจัย (research article) จำนวน 9 เรื่อง จำแนกเป็นบทความวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต (mental health) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และ 2) การศึกษาและพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์กรวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บทความเกี่ยวกับสุขภาพด้านโภชนาการ (nutrition in health) จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลประทาย 2) ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดเพชรบุรี และ 3) ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บทความด้านสุขภาพเด็กทารกแรกเกิด (neonatal health) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด และ 2) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ําและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ และบทความเกี่ยวกับบุคลากรสุขภาพ (healthcare personnel) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และ 2) ประสิทธิภาพของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ต่อการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้ง บทความวิชาการ (academic article) จำนวน 1 เรื่อง คือ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก

กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (peer-review) สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่าน ที่สนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ สามารถนำส่งบทความตามลิงค์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck> ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 8-9 เรื่อง และตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2568 ทางวารสารขอปรับขึ้นค่าธรรมเนียมในตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย บทความละ 5,000 บาท และบทความวิชาการ บทความละ 4,000 บาท

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์
บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช: 1
กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
- The Effects of the Program for Nurses' Competency and Attitude
Development to Psychiatric Critical Patient Care: A Case study of Banlat
District Health Network, Phetchaburi
- สายชล วันดี, พิศสมร เดชดวง, วิโรจน์ เจ้ยเปลียน
Saichon Wandee, Pissamorn Dechduang, Wirote Jeplian
- ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกลต่อพฤติกรรมการบริโภค 15
อาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
- The Effect of the Dietary Control Program through Telehealth on Food
Consumption Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes
- จีรนนท์ จันทินอก, ขจี พงศธรวิบูลย์
Jeeranun Junteenok, Khachee Pongsathonviboon
- การศึกษาและพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่น 30
กลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- Research and Development Study of Innovation Holistic Health Care and
Building Immunity for Vulnerable Teenager's Group with Depression and Risk
of Suicide
- มุกชดา ผดุงยาม, สรรัถน์ พลอินทร์, วิโรจน์ เจ้ยเปลียน
Mukda Phadungyam, Sarunrattana Polin, Wirote Jeplian
- ประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลอง 47
เสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ต่อการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น
และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
- Effectiveness of Clinical Practice Preparation by Using Simulation-Based
Learning Combined with Concept Mapping on Perception of Primary Medical
Care Practice and Clinical Thinking among Nursing Students
- ณัฐชยา ไชยชนะ, จิดาภา พลรักษ์, รชยา ยิกุสังข์, เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, รุ่งกานต์ พลายแก้ว
Natchaya Chaichana, Jidapa Polruk, Rajaya Yekusang, Soawapruet Choyyok,
Rungkant Plykaew

สารบัญ (ต่อ)

□ บทความวิจัย (ต่อ)

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรม
การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง
ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลประทาย 62
- The Effects of Nutrition Health Promotion Program and Home Visit Service on
Food and Iron Supplement Consumption Behavior and Hematocrit among
Teenage Pregnancy Women in Prathai Hospital
- สุธิดา โนรี, วรณัญญา จิตรบรรทัด
Suthida Noree, Waranya Jitbantad
- การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด 76
- Development of a Sucking and Swallowing Readiness Program for Preterm Infants
- นวรรตน์ อธิณัฐวัฒน์, สุวิมล โรจนาวี
Nawarat Atinuwat, Suwimon Rojnawee
- ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
ในจังหวัดเพชรบุรี 92
- Predicting Factors of Nutrition-Label Health Literacy among Junior High School
Students in Phetchaburi Province
- สุชาดา บุญธรรม, วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, อัจฉรวาตี ศรียะศักดิ์
Suchada Boontham, Wirod Chinglek, Atcharawadee Sriyasak
- การรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 105
- โรงพยาบาลตติยภูมิขึ้นหนึ่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
- Perceived Nursing Competencies of Generation Y Charge Nurses Working in
the Private Patient Division at a Tertiary Hospital in Bangkok
- เขมรัตน์ สุทธิรินทร์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
Kemarath Sutthirin, Kanjana Srisawad, Boontip Sitarungsri, Wanpen Pinyopasakul
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมป้องกัน
ภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ 123
- Effects of Self-efficacy Promoting Program on Maternal Behaviors in
Preventing Recurrent Neonatal Jaundice and Serum Bilirubin Level of Infants
Receiving Phototherapy
- กิตติยา หวลคิด, ชลลดา จงสมจิตต์, รัตน์ศิริ ทาโต
Kittiya Huankid, Chollada Jongsomjitt, Ratsiri Thato

สารบัญ (ต่อ)

 บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก 139

The Role of Nurses in Palliative Care for Patients with Dyspnea

ขวัญเรือน ชาลี, มัทนา สาที่, ละมัย โมรา

Khwanruan Chalee, Mattana Satee, Lamai Mora

 คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

153



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

The Effects of the Program for Nurses' Competency
and Attitude Development to Psychiatric Critical Patient Care:
A Case study of Banlat District Health Network, Phetchaburi

สายชล วันดี¹, พิศสมร เดชดวง^{2*}, วิโรจน์ เจี้ยเปลียน³

Saichon Wandee¹, Pissamorn Dechduang^{2*}, Wirote Jeiplian³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pissamorn@pckpb.ac.th)

(Received: February 14, 2025; Revised: May 4, 2025; Accepted: May 5, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหรือทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามสมรรถนะและแบบประเมินทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.29, 3.93$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชได้อย่างมั่นใจ สามารถจัดการปัญหาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดความปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด

Registered Nurse (Professional Level), Banlat Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public health

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Instructor, Faculty of Nursing and health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลจิตเวช, การดูแล, ผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช

Abstract

This quasi-experimental research, a one-group pretest-posttest design, aimed to compare nurses' competency and attitude before and after participation in a program for developing nurses' competency and attitude in psychiatric critical patient care. The sample consisted of 40 registered nurses of Banlat Hospital who had worked with and caring for psychiatric critical patients, selected using simple random sampling. The research tools were questionnaires for assessing nurses' competency and attitude in psychiatric critical patient care, with Cronbach's alpha reliability coefficients of .93 and .96, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test.

The results showed that nurses' competency and attitudes in providing care for psychiatric critical patients were significantly higher after participating in the development program than before program attendance ($t = 6.29$ and 3.93 , respectively; $p < .01$).

The findings should be used as a guideline for developing nursing competency and attitude, fostering self-confidence in registered nurses for psychiatric critical patient care and safe patient management for both patients and providers.

Keywords: Psychiatric nurses' competency, Nursing care, Psychiatric critical patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเวชประมาณ 1 ใน 8 คน หรือราว 970 ล้านคน (World Health Organization, 2022) สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชสะสมในปี 2565-2567 จำนวน 2,414,587, 2,612,467 และ 2,723,662 คน ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2020) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของสารเสพติด พบความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด รองลงมาเป็นการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การคุกคามทางเพศ และทำลายทรัพย์สิน (Department of Mental Health, 2021) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ที่ต้องได้รับการติดตามจำนวน 27,737 คน และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเคยก่ออาชญากรรมรุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ และวางเพลิง ร้อยละ 22.83 (Department of Mental Health, 2020)

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง บางรายมีปัญหาด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิด ยับยั้งชั่งใจได้ยาก หรือเกิดจากการขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบ จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว

รุนแรงได้ บางรายดื่มสุรา ใช้สารเสพติด มีอาการอาละวาดคลุ้มคลั่ง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Ruangtrakool, 2020; Department of mental health, 2021) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีผลกระทบต่อทัศนคติเชิงลบของพยาบาลต่อการป่วยทางจิต เกิดการตีตรา และแสดงพฤติกรรมในรูปแบบของการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย (Stull et al., 2017; Sreeram et al., 2022) และอาจส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลได้ (d’Ettorre & Pellican, 2017) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวล เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนใจ และรู้สึกผิดหวังได้ (Department of Mental Health, 2021) รวมทั้ง ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานลดลง และเพิ่มอัตราการลาออกจากหน่วยงาน (Luo et al., 2024)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับสมรรถนะของพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานในแผนกจิตเวช การได้รับการอบรมและพัฒนาความรู้ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากผู้บริหาร (Prasertsunthoon, 2019; Phraekhao & Huaisai, 2022) จึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเฉียบพลันที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพราะพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะเฉพาะทางในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างอย่างรวดเร็ว รวมถึงการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Department of Mental Health, 2021; Poolperm, 2024)

การฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะที่ดีในการบริการ และทักษะการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจแก่พยาบาลในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความปลอดภัยให้กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังมีส่วนน้อย และยังไม่มีกิจกรรมที่เสริมสร้างทัศนคติที่ดีของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่ชัดเจน ประกอบกับข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่ผ่านมา เสนอให้มีการพัฒนาทักษะในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเวช และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับทีมพยาบาล (Pobai, 2023) และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น (Poolperm, 2024)

โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ ขนาดบริการ 30 เตียง และเปิดให้บริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ ปี 2552 ในรูปแบบบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทุกแผนกใช้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลร่วมกัน ไม่มีจิตแพทย์ในการรักษา แต่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชยาเสพติด และให้บริการการ

ปรึกษาแก่เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 แห่ง จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านลาด มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติดและมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2565-2567 พบจำนวน 183, 232 และ 251 คน ตามลำดับ (Banlat Hospital, 2025) พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 10-12 รายต่อเดือน และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น ทำลายข้าวของ อาละวาด ก้าวร้าว และหนีออกจากโรงพยาบาล จากการติดตามข้อมูลและสอบถามญาติผู้ดูแลหลักพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาเสพติด และไม่ยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลกลัวการถูกผู้ป่วยทำร้ายและทำร้ายผู้อื่น และก่อความรำคาญในชุมชน ในปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านลาดยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำโปรแกรมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะเพื่อเพิ่มความรู้ และทักษะในการจัดการกับสถานการณ์รุนแรง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงการสร้างทัศนคติที่ดีของพยาบาล และมีการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชได้ถูกต้องด้วยความมั่นใจ ลดความรุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

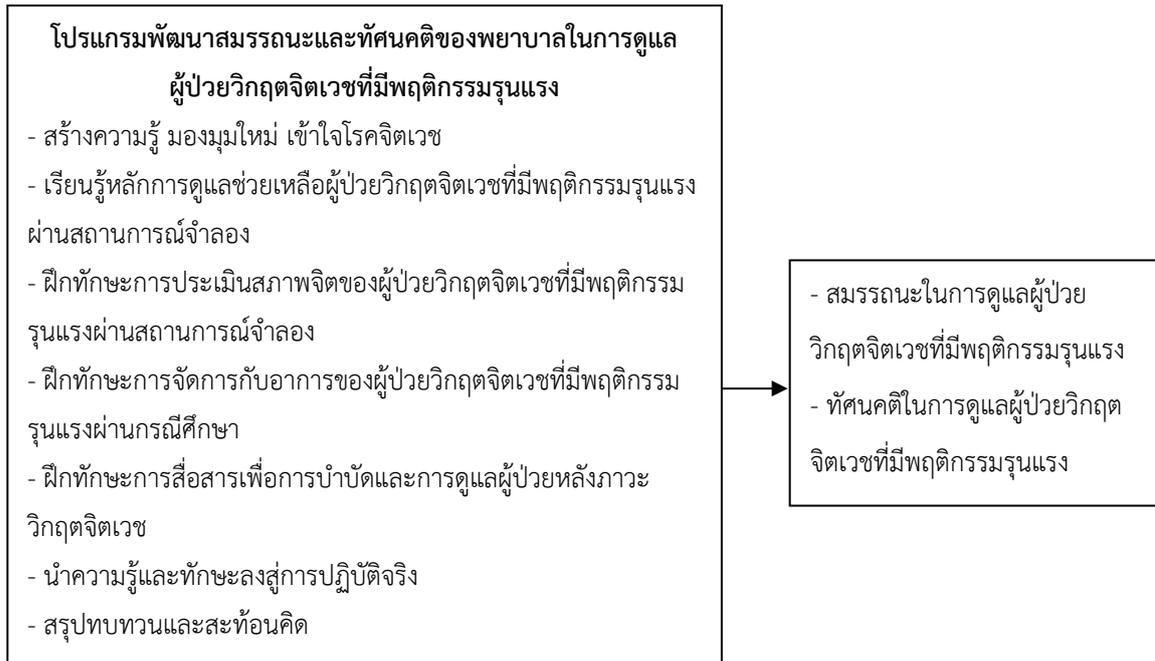
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาดมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สำหรับพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของกระบวนการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตฉุกเฉินของ Koomsuphan et al. (2022) ตามขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) โดยเชื่อว่าการพัฒนาสมรรถนะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานตามลักษณะหน้าที่อย่างเป็นขั้นตอน ร่วมกับใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2021) รวมทั้ง แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน (The theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) ดังนั้น ทัศนคติของพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหรือทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 43 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหรือทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด ซึ่งปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ้านลาด และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอบ้านลาด จำนวน 19 แห่ง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน เป็นการทดสอบสองทาง จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และระดับความเชื่อมั่น .80 (Jayathavaj, 2018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ลาศึกษาต่อ หรือลาอื่น ๆ ในระหว่างการวิจัย และ 3) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้ทุกครั้ง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายงาน/ สถานที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย หรือเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสร้างความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช และระดับความเครียดในการปฏิบัติงานวิกฤตจิตเวช ซึ่งเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของ Poolperm (2024) กรอบสมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Koomsuphan, 2022) ร่วมกับกรอบแนวคิดสมรรถนะของ Marrelli et al. (2005) จำนวน 23 ข้อ จำแนกออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะในการประเมินพฤติกรรมรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การสื่อสารเพื่อการบำบัด การจัดการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน การใช้ยาบำบัดในภาวะฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตจิตเวช และการบันทึกและรายงาน แบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) (Ajzen, 1991) จำนวน 24 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความคิด จำนวน 8 ข้อ 2) ความรู้สึก จำนวน 8 ข้อ และ 3) แนวโน้มพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 คัดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม และจำแนกออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ระหว่าง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระหว่าง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 2 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรม รวมถึงการเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมในแต่ละหัวข้อเรื่องก่อนนำไปใช้จริง แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนข้างต้น โดยมีค่า IOC ของแบบสอบถามสมรรถนะและแบบประเมินทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่าง .66 - 1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่นอกเครือข่ายสุขภาพบ้านลาด จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96, .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหรือทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด และดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้บริหาร และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มอย่างง่าย

1.2 พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้อิสระโดยไม่มีการบังคับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน การรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายตามตารางการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนทดลอง ดำเนินการทดลองกับพยาบาลวิชาชีพเป็นรายกลุ่ม ระหว่างวันที่ 25 ตุลาคม ถึงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 3-4 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ครั้งที่	กิจกรรม
1 สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรม ทำแบบประเมินสมรรถนะและแบบประเมินทัศนคติก่อนได้รับโปรแกรม และแจกเอกสารประกอบการเรียนรู้
2 สัปดาห์ที่ 2	“สร้างความรู้ มุ่งมุมใหม่ เข้าใจโรคจิตเวช” เกี่ยวกับโรคจิตเวชและโรคจิตเวชจากสารเสพติด
3 สัปดาห์ที่ 3	“เรียนรู้หลักการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงผ่านสถานการณ์จำลอง” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดการสถานการณ์ การรักษาด้วยยา การสื่อสารเพื่อการบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
4 สัปดาห์ที่ 4	“ฝึกทักษะการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงผ่านสถานการณ์จำลอง” เป็นการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการประเมินสภาพจิต การประเมินพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้คลิปวิดีโอประกอบการเรียนรู้ และจับคู่ฝึกทักษะการประเมินสภาพจิตจากสถานการณ์จำลอง
5 สัปดาห์ที่ 5	“ฝึกทักษะการจัดการกับอาการของผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงผ่านกรณีศึกษา” เป็นการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและการผูกมัด โดยใช้คลิปวิดีโอประกอบการเรียนรู้ และแบ่งกลุ่มย่อยฝึกทักษะการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจากกรณีศึกษา
6 สัปดาห์ที่ 6	“ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด และการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตจิตเวช” เป็นการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัดและวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดภาวะวิกฤตจิตเวช โดยใช้คลิปวิดีโอประกอบการเรียนรู้ และมีการจับคู่ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากกรณีศึกษา
7 สัปดาห์ที่ 7-8	“นำความรู้และทักษะลงสู่การปฏิบัติจริง” ผู้เข้าร่วมวิจัยนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำปรึกษาระหว่างการปฏิบัติงาน
8 สัปดาห์ที่ 8	“สรุปบทวนและสะท้อนคิด” สรุปบทวนความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญ สะท้อนคิด และ ประเมินผลหลังได้รับโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามแล้วพบว่า มีความครบถ้วนสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบ

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk การทดสอบความเท่าเทียมของความแปรปรวน (equal of variance) โดยใช้สถิติการทดสอบของเลวีเน (Levene's test for equality of variances) มีค่า p-value > .05

พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ PBEC No.40/2567 วันที่ 15 ตุลาคม 2567 และผู้วิจัยมีการรับรองในการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับด้วยการใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง การจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เพียงผู้เดียว การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูล หลังจากบทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้วภายใน 1 เดือน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.50 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 37.50 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95.00 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน ในช่วง 1-2 ปี ร้อยละ 25.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 37.50 และไม่เคยได้รับประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ร้อยละ 70.00 และมีความเครียดในการปฏิบัติงานวิกฤตจิตเวชในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี (n = 40)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
หญิง	37	92.50	ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน (ปี)		
ชาย	3	7.50	1-2	10	25.00
อายุ (ปี)					
20-29	11	27.50	3-4	2	5.00
30-39	5	12.50	5-6	3	7.50
40-49	9	22.50	7-8	4	10.00
50-59	15	37.50	9-10	0	0
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ปริญญาตรี	38	95.00	> 10	7	51.50
ปริญญาโท	2	5.00	การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช		
			ไม่เคย	28	70.00
			เคย	12	30.00

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน			ความเครียดในการปฏิบัติงานวิกฤตจิตเวช		
รพ.สต.	18	45.00	ระดับต่ำ	11	27.50
แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	10	25.00	ระดับปานกลาง	19	47.50
แผนกผู้ป่วยใน	8	20.00	ระดับสูง	10	25.00
แผนกผู้ป่วยนอก	4	10.00			
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ครั้ง)					
ไม่เคย	9	22.50			
1-5	15	37.50			
6-10	5	12.50			
> 10	11	27.50			

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะอยู่ในระดับมาก ($M = 3.80, SD = .38$) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.21, SD = .47$) และ ซึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.29$) และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกรายด้าน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบที่ เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 40$)

ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้	3.03	.69	3.96	.59	-.93	6.39*	<.01
การประเมินพฤติกรรมรุนแรง	3.03	.75	3.97	.67	-.94	5.79*	<.01
การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	3.15	.81	4.14	.52	-.99	6.92*	<.01
การสื่อสารเพื่อการบำบัด	3.06	.77	3.99	.62	-.93	6.08*	<.01
การจัดการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน	3.13	.77	4.02	.55	-.89	5.02*	<.01
การใช้ยาบำบัดในภาวะฉุกเฉิน	3.14	.91	3.96	.61	-.82	5.43*	<.01
การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตจิตเวช	3.08	.81	3.91	.68	-.83	5.15*	<.01
การบันทึกและรายงาน	3.13	.80	4.03	.62	-.09	5.18*	<.01
โดยรวม	3.21	0.47	3.80	.38	-.59	6.29*	<.01

* $p < .01$

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.58, SD = .34$) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 3.36, SD = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.93$) รวมทั้งในด้านความคิดและด้านความรู้สึก ($t = 3.71, 3.69; p < .01$) ยกเว้นด้านแนวโน้มพฤติกรรม ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบที่ เปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 40$)

ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความคิด	3.05	0.31	3.22	0.43	-.17	3.69*	<.01
ความรู้สึก	3.04	0.26	3.23	0.28	-.19	3.71*	<.01
แนวโน้มพฤติกรรม	3.80	0.52	3.99	0.49	-.19	1.75	.88
โดยรวม	3.36	0.36	3.58	0.34	-.22	3.93*	<.01

* $p < .01$

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้สื่อการเรียนรู้จากคลิปวิดีโอและเอกสารความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างเป็นลำดับขั้นตอนตามสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Koomsuphan et al., 2022) เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยได้รับประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช และส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในการปฏิบัติงานวิกฤตจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 ดังนั้น การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชจึงช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ ประสบการณ์การทำงานในแผนกจิตเวชเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อทัศนคติและสมรรถนะของพยาบาล (Phraekhao & Huaisai, 2022) และทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Pobai, 2023; Poolperm, 2024) รวมถึง การใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มหรือการทำงานเป็นทีม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งในด้านความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม ทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวชมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ แสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาได้

(Sutithiwanish & Kongnawung, 2022; Poolperm, 2024) สะท้อนให้เห็นว่าการฝึกอบรมให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องช่วยพัฒนาให้บุคลากรเกิดความมั่นใจ และส่งผลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของพยาบาลภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากการมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช ย่อมส่งผลต่อมุมมองของพยาบาลจากการทำความเข้าใจอาการของโรคจิตเวชที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง เกิดการยอมรับและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ลดทัศนคติเชิงลบ เช่น ความกลัว ความไม่เข้าใจ หรือการตีตรา (Department of Mental Health, 2021) เพราะทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรม หากเกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ก็มีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา (Ajzen, 1991) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การได้รับการอบรมและพัฒนาความรู้ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติและสมรรถนะของพยาบาล (Phraekhao & Huaisai, 2022) ดังนั้น ทัศนคติของพยาบาลสามารถส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะที่จำเป็น ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติและทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย อาจทำให้การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงได้อย่างจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้จัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้ง การวัดและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Banlat Hospital. (2025). *Annual report 2024*. Banlat Hospital. (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed). Prentice Hall.
- Department of Mental Health. (2020). *2020 Annual report*. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/334> (in Thai)
- Department of Mental Health. (2021). *Guidelines for psychiatric patients at high risk of violence caring for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Prosperous Plus. (in Thai)
- d'Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Jayathavaj, V. (2018). Effect size and power of a test in sample size determination for clinical research. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 4(1), 67-76. (in Thai)
- Koomsuphan, W., Chitpakdee, B., & Abhicharttibutra, K. (2022). Development of a registered nurse competency framework, emergency department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 138-147. (in Thai)
- Luo, Y., Zhang, M., Yu, S., Guan, X., Zhong, T., Wu, Q., & Li, Y. (2024). The impact of psychological violence in the workplace on turnover intention of clinical nurses: The mediating role of job satisfaction. *BMC Nursing*, 23(1), 844. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02477-9>
- Marrelli, A. F., Tondara, J., & Hoge, M. F. (2005). Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(5), 533-561. <https://doi.org/10.1007/s10488-005-3264-0>
- Phraekhao, S. & Huaisai, T. (2022). Development of care model for emergency psychiatric patients at Thapla District, Uttaradit Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(1), 34-42. (in Thai)
- Pobai, S. (2023). *Effectiveness of the development of the potential of nurses caring for psychiatric patients in the psychiatric ward, Bueng Kan Hospital*. R2R BKPHO. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=257> (in Thai)
- Poolperm, M. (2024). *The results of capacity development in caring for psychiatric patients at high risk of violence among nurses in the psychiatric ward of Bueng Kan Hospital*. R2R BKPHO. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=259> (in Thai)

-
- Prasertsunthoon, P. (2019). Attitude and competency of nurses in psychiatric patient care. *Journal of Nursing Science*, 37(1), 25-38. (in Thai)
- Ruangtrakool, S. (2020). *Psychiatry textbook* (11th ed). Ruenkaew Printing. (in Thai)
- Sreeram, A., Cross, W. M., & Townsin, L. (2022). Mental Health Nurses' attitudes towards mental illness and recovery-oriented practice in acute inpatient psychiatric units: A non-participant observation study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(4), 1112-1128. <https://doi: 10.1111/inm.13152>.
- Stull, L. G., McConnell, H., McGrew, J., & Salyers, M. P. (2017). Explicit and implicit stigma of mental illness as predictors of the recovery attitudes of assertive community treatment practitioners. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 31-37. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5918683/pdf/nihms957817.pdf>
- Sutithiwanish, P., & Kongnawung, S. (2022). The development of personnel team competency to provide nursing care for Schizophrenia patients with violent behavior at Chaiyaphum Hospital. *Academic Journal of Nursing and Health Science*, 2(2), 46-58. (in Thai)
- World Health Organization. (2022, July 30). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://who.int/publications/i/item/9789240049338>



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล

ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

The Effect of the Dietary Control Program through Telehealth
on Food Consumption Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes

จีรนนท์ จันทินอก^{1*}, ขจี พงศธรวิบูลย์²

Jeeranun Junteenok^{1*}, Khachee Pongsathonviboon²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jeeranun@nmu.ac.th)

(Received: March 2, 2025; Revised: May 22, 2025; Accepted: May 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 - 59 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 72 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ($M = 61.89$ $SD = 7.17$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 53.47$, $SD = 7.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.07$, $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่า หลังจากการควบคุมด้วยความรู้ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 58.39$ $SD = 6.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 61.99$, $p < .001$)

การบริการสุขภาพทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูงขึ้นได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การบริการสุขภาพทางไกล, แบบจำลองข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะพฤติกรรม

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Master's Student of Nursing Science, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

Abstract

This quasi-experimental research, employing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effect of a dietary control program delivered via telehealth on food consumption behaviors in patients with type 2 diabetes. Seventy-two participants, aged 18 to 59 years, from the Endocrine and Metabolism Unit at Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, were selected by purposive sampling. They were divided into an experimental group ($n = 36$), which received the dietary control program through telehealth, and a control group ($n = 36$), which received standard nursing care. Participants were matched based on similar characteristics such as gender, age, and education level. Data were collected using a dietary behavior assessment questionnaire for diabetic patients, which a Cronbach's alpha reliability coefficient of .72. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and analysis of covariance (ANCOVA).

After the intervention, the mean dietary behavior score in the experimental group ($M = 61.89$, $SD = 7.17$) was significantly higher than before the intervention ($M = 53.47$, $SD = 7.56$), with a statistically significant difference ($t = 9.071$, $p < .001$). The ANCOVA results showed that after controlling pre-experimental knowledge, diabetic patients who received the program had significantly higher dietary behavior scores than the control group ($M = 58.39$, $SD = 6.55$) ($F = 61.99$, $p < .001$).

Telehealth is an effective method for improving food consumption behaviors among patients with type 2 diabetes. Therefore, it is recommended that this program be further developed and applied to promote healthy dietary behaviors among patients with other chronic illnesses.

Keywords: Food consumption behaviors, Telehealth, Information-Motivation-Behavioral Skills (IBM) Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม ที่ส่งผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตหรือการเก็บกักกลูโคส และการสลายไกลโคเจนให้เป็นกลูโคส (glycogenolysis) ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (American Diabetes Association Professional Practice Committee: ADA, 2024) ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่า ปีพ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าภายในปี 2588 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ ประมาณ 783 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (International Diabetes Federation: IDF, 2021) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะหลอดเลือด

สมองและหัวใจ ไตวายเรื้อรัง ปลายประสาทและจอประสาทตาเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการควบคุมและรักษาโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้น (Dermkhuntod et al., 2021) เนื่องจาก ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดมากเกินไปและเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียต่อหลอดเลือดและเนื้อเยื่อในร่างกายอย่างต่อเนื่อง (American Diabetes Association Professional Practice Committee: ADA, 2024) หากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลต่อการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และช่วยชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ (Kongsomboonwate, 2016)

จากรายงานสุขภาพคนไทยปี 2566 พบสถิติคนไทยบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น ชา กาแฟ น้ำหวาน ร้อยละ 26.3 ดื่มเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด เช่น น้ำผลไม้ เครื่องดื่มเกลือแร่ น้ำอัดลมบรรจุขวดหรือกล่อง ร้อยละ 18.9 (Thai Health Promotion Foundation, 2023) การควบคุมภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากมีความซับซ้อนทั้งในด้านการเลือกชนิดและปริมาณที่ควรบริโภค ซึ่งมักถูกมองว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและก่อให้เกิดภาวะ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suwanpatikorn, 2020) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคสารอาหารคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป (Diabetes Association of Thailand, 2023) เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการบริโภคอาหาร การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ควรมีการวางแผนเป็นแบบรายบุคคล เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น และต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเรียนรู้วิธีการจัดการตนเอง รวมถึง การพัฒนาแผนการบริโภคอาหารส่วนบุคคลร่วมกัน (Matloub, 2021)

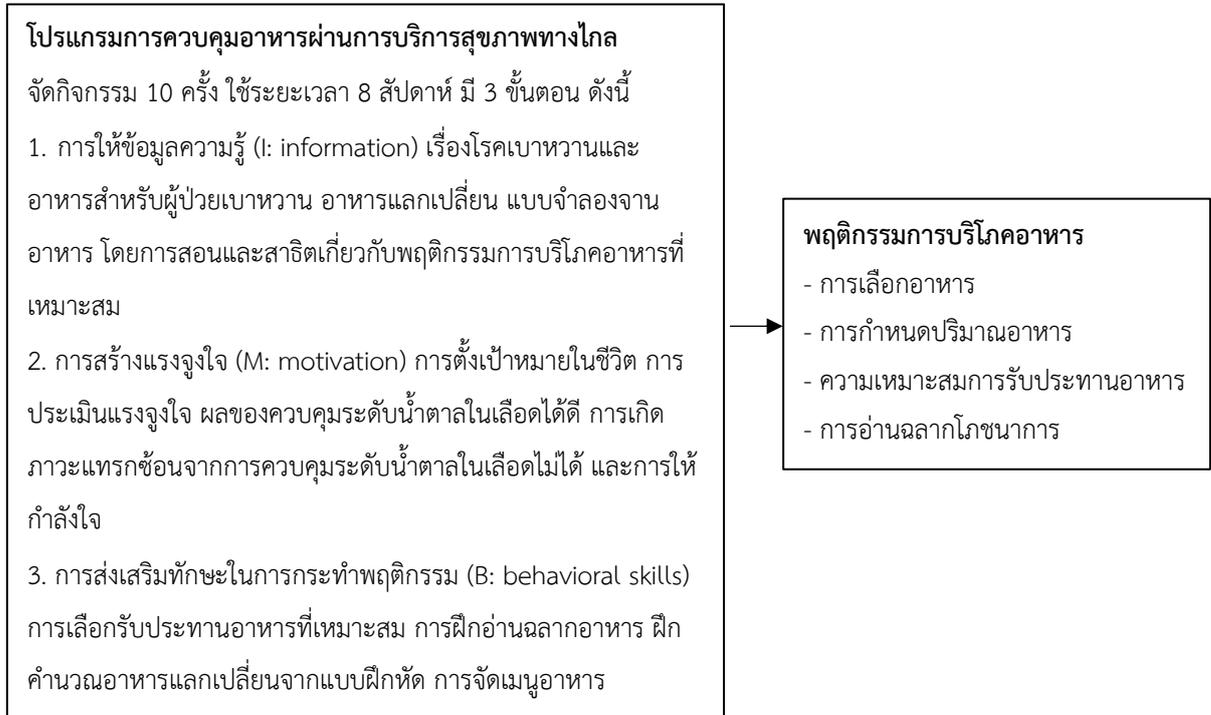
การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในการกระทำพฤติกรรม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และเกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมป้องกันให้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดยุทธศาสตร์ในการกระทำพฤติกรรม แนวคิดของรูปแบบข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-ทักษะทางพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills: IMB Model) ซึ่งอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ต้องได้รับข้อมูลความรู้ (I: information) ต้องเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (M: motivation) และต้องมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (B: behavioral skills) (Fisher & Fisher, 1992) ร่วมกับระบบการให้บริการสุขภาพในสังคมยุคดิจิทัลหรือ Health 4.0 ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพยุคใหม่ โดยนำการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมทั้ง ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการคำนวณปริมาณอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การนับคาร์โบไฮเดรต การส่งต่อข้อมูลสุขภาพโดยเครื่องติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา และการโทรศัพท์ภาพ (videotelephony หรือ video calling) ในการรับปรึกษาแพทย์เบาหวานหรือความผิดปกติของผิวหนัง (Aberer & Mader, 2021) ดึงผลการศึกษาของ Jeon and Park (2019) เกี่ยวกับโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ โดยใช้

แอปพลิเคชันการจัดการตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงจูงใจทางสังคมในการดูแลตนเองดีขึ้น

หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 18,369 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้เพียง 50.06% และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้เพื่อการดูแลตนเอง (diabetes self-management education and support: DSMEs) เพียง 10.1% ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรทีมผู้ให้ความรู้เบาหวานที่มีจำนวนไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย การสอนผู้ป่วยแบบรายบุคคลถูกจำกัดด้วยระยะเวลา ผู้ป่วยบางกลุ่มขาดโอกาสในการเรียนรู้วิธีการจัดการตนเองที่เหมาะสม และเมื่อเกิดปัญหาข้อคำถามผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษาโดยตรงได้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการใช้ระบบการบริการสุขภาพทางไกลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด IMB จัดทำโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มุ่งเน้นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การทบทวนทักษะต่าง ๆ และการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตในยุคดิจิทัล เป็นการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ เพื่อง่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลหรือการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพิ่มความสะดวกสบายและความรวดเร็วในการขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือ ทั้งระหว่างบุคลากรสุขภาพ และผู้ป่วย/ญาติ และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล (Wessler, 2024) รวมทั้ง การเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล สร้างจากแนวคิดโมเดลข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะพฤติกรรม (The Information-Motivation-Behavioral Skills: IMB model) (Fisher & Fisher, 1992) มีความเชื่อว่าบุคคลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี มีทักษะในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเลือกอาหาร การกำหนดปริมาณอาหาร และความเหมาะสมในการรับประทานอาหาร (Suksan, 2016) รวมทั้ง การอ่านฉลากโภชนาการอาหาร (Choeichit, & Mathayachan, 2022) โดยมี กรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 - 59 ปี จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่มา รับการรักษาที่หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,736 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 - 59 ปี กำหนดขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (t-test) การทดสอบทางเดียว กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์รูปแบบ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 (Tanchareon et al., 2018) กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ 2) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น 4) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ≥ 6.5 mg% และ 5) และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์ การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ถอนตัวออกจากกรวิจัย 2) ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัย และขาดการติดต่อ 3) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการ ประกาศรับสมัครผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ครบถ้วนตามเกณฑ์ทำการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตาม ความสมัครใจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน จะได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพ ทางไกล และกลุ่มควบคุม 36 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพ ทางไกล เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม (IBM model) (Fisher & Fisher, 1992) ซึ่งดัดแปลงจากงานวิจัยของ Tanchareon et al. (2018) และ Dermkhuntod et al. (2021) รวมทั้ง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และคู่มือการบันทึกพฤติกรรมบริการโภชนาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศสภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมบริการโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหาร จำนวน 7 ข้อ การกำหนดปริมาณอาหาร จำนวน 5 ข้อ ความเหมาะสมในการบริการโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ และการอ่านฉลากโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ ทั้งหมดเป็นข้อคำถามทางบวก เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างน้อย 3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง

ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆอย่างน้อย 2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างน้อย 1 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (2 คะแนน) และ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลยใน 1 สัปดาห์ (1 คะแนน) คิดคะแนนรวม มีคะแนนระหว่าง 1-19 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้ (Silpcharu, 2012)

ระหว่าง 19 – 38 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 39 – 57 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 58 – 76 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน และ โปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านอายุรกรรมโรคเบาหวาน 1 คน พิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา โดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (S-CVI) เท่ากับ .84 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .72 ซึ่งสูงกว่า .70 (Srisatidnarukul, 2020)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจาก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยที่หน่วยหน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม โดยระบุชื่อเรื่อง เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งช่องทางติดต่อผู้วิจัย และขอความร่วมมือพยาบาลประจำคลินิกที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย หากอาสาสมัครสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยจะสอบถามความสมัครใจของอาสาสมัครในการพบผู้วิจัย โดยเริ่มการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อนจากลำดับที่ 1 ถึง 36 เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 36 คน

2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างวันที่ 9 กรกฎาคม - 14 พฤศจิกายน 2566 โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครในวันที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม ชี้แจงลักษณะงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวานก่อนทดลอง (pretest) และในสัปดาห์ที่ 2 – 8 ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตามการพยาบาลปกติที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 8 นัดหมายเพื่อทำแบบประเมิน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง (posttest) มอบส์อีเล็กทรอนิกส์ และคู่มือการบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในวันที่อาสาสมัครมาตรวจตามนัด

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการในกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ถึง 6 เมษายน 2567 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล

สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม
1 (ครั้งที่ 1) 30 นาที	ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (pretest) ให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยแจกคู่มือและสื่อความรู้ ที่หน่วยต่อมไร้ท่อเมตาบอลิซึม
1 (ครั้งที่ 2) 30 นาที	- วันจันทร์/พุธ/พฤหัสบดี พบอาสาสมัครโดยการวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยสาธิตการคำนวณพลังงานอาหารที่ควรได้รับ การเลือกชนิดอาหาร ประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน อาหารแลกเปลี่ยน ผักที่ทักษะการจดบันทึกชนิดของอาหาร - กระตุ้นให้อาสาสมัครทำการตั้งเป้าหมายสุขภาพที่อยากให้เป็นหรือสิ่งที่อยากทำ และเขียนสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผลเสียจากการไม่ควบคุมอาหารส่งผลต่อโรคเบาหวานอย่างไร
2, 4, 6 15 นาที	กิจกรรม “นาฬิกาอาหาร” ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดีเวลา 10.00 น. ผู้วิจัยส่งข้อมูลรูปแบบอินโฟกราฟิกทางแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นเป็นกิจกรรม “เลือกอาหารง่าย ๆ เราทำได้” โดยอาสาสมัครส่งรูปอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อโดยถ่ายส่งทางแอปพลิเคชันไลน์
3, 5, 7 30 นาที	เมื่อสิ้นสุดในแต่ละสัปดาห์ เป็นกิจกรรม “กระจกสะท้อนใจ” สะท้อนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัคร การให้คำแนะนำและเสริมแรง ผ่านการวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ กำกับติดตามกิจกรรมผ่านการวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสื่อสารกับผู้วิจัยในวันที่อาสาสมัครสะดวก สรุปผลกิจกรรมและให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรายสัปดาห์
8 30 นาที	ให้อาสาสมัครได้ประเมินการร่วมกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาและข้อเสนอแนะ และนัดหมายเพื่อทำประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังการเข้าร่วมโครงการ (posttest) ผู้วิจัยแจ้งยุติกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป และคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M : mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล แต่เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าแตกต่างกัน ($p < .05$) จึงนำมาเป็นตัวแปรร่วม (covariate) และวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 178/65E ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลในการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว การนำเสนอจะเป็นการอภิปรายในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 51.81 ปี และ 51.92 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 27.8 และ 33.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.6 และ 44.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.7 และ 44.4 มีรายได้เฉลี่ย 10000-29000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 และ 44.4 มีค่า มัธยฐานของระยะเวลาป่วยเท่ากับ 8 ปี และ 7.5 และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยร้อยละ 9.48 % และ 9.27 % ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 72)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		การทดสอบ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	12	33.30	12	33.30	.00 ^c	1.00
หญิง	24	66.70	24	66.70		
อายุ (ปี) M (SD)	51.81 (7.11)		51.92 (7.10)		.07 ⁱ	.95
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	22.20	11	30.60	-3.96 ^c	.41
มัธยมศึกษา	8	22.20	5	13.90		
อนุปริญญา/ปวส.	10	27.80	6	16.70		
ปริญญาตรี	10	27.80	12	33.30		
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	2	5.60		
สถานภาพสมรส						
โสด	10	27.80	11	30.60	1.75 ^c	.70
สมรส	20	55.60	16	44.40		
หย่า/หม้าย	6	16.70	8	22.20		
แยกกันอยู่	0	0.00	1	2.80		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	27.80	7	19.40	.96 ^c	.81
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	19.40	7	19.40		
ข้าราชการ	4	11.10	6	16.70		
รับจ้าง	15	41.70	16	44.40		
รายได้เฉลี่ย (บาท)						
ไม่มีรายได้	1	2.80	0	0.00	8.45 ^e	.06
น้อยกว่า 5,000	6	16.70	4	11.10		
5,000-9,999	10	27.80	7	19.40		
10,000-29,000	18	50.00	16	44.40		
มากกว่า 30,000	1	2.80	9	25.00		
ระยะเวลาป่วย (ปี) Md (IQR)	8.00 (7 - 10)		7.50 (6 - 10)		.82 ^m	.41
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (%) M (SD)	9.48 (2.06)		9.27 (2.34)		.41 ⁱ	.69

m = Mann-Whitney U test, c = Chi-square test, e = Fisher's exact test, i = Independent sample t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม เท่ากับ 53.47 ($SD = 7.56$) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 61.89 ($SD = 7.17$) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.07, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 58.92 ($SD = 7.67$) และหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 58.39 ($SD = 6.55$) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = -1.37, p = .179$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
การเลือกอาหาร							
กลุ่มทดลอง	20.06	3.16	22.75	3.17	-2.69	-7.72**	<.001
กลุ่มควบคุม	22.19	3.04	22.08	3.04	-.11	-.45	.657
การกำหนดปริมาณอาหาร							
กลุ่มทดลอง	14.39	2.22	16.72	2.29	-2.33	-8.20**	<.001
กลุ่มควบคุม	15.36	2.60	15.44	2.34	.08	.57	.571
ความเหมาะสมในการรับประทานอาหาร							
กลุ่มทดลอง	12.39	2.16	14.19	1.45	-1.81	-5.96**	<.001
กลุ่มควบคุม	13.94	1.64	13.89	1.64	-.06	-.40	.689
การอ่านฉลากโภชนาการ							
กลุ่มทดลอง	6.64	1.82	8.22	1.59	-1.58	-5.55**	<.001
กลุ่มควบคุม	7.42	1.73	6.97	1.11	-.44	-2.53*	.016
โดยรวม							
กลุ่มทดลอง	53.47	7.56	61.89	7.17	-8.42	-9.07**	<.001
กลุ่มควบคุม	58.92	7.67	58.39	6.55	-.53	-1.37	.179

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

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรมโดยรวม ($M = 53.47, SD = 7.56$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M = 58.92, SD = 7.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.03, p = .003$) (ตาราง 4) จึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 61.99, p < .001$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมก่อนการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรม (ตาราง 5)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
การเลือกอาหาร	20.06	3.16	22.19	3.04	-2.14	-2.93**	.005
การกำหนดปริมาณอาหาร	14.39	2.22	15.36	2.60	-0.97	-1.71	.092
ความเหมาะสมในการรับประทานอาหาร	12.39	2.16	13.94	1.64	-1.56	-3.45**	.001
การอ่านฉลากโภชนาการ	6.64	1.82	7.42	1.73	-0.78	-1.86	.068
โดยรวม	53.47	7.56	58.92	7.67	-5.44	-3.03**	.003

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

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ตัวแปรร่วม (pretest)	2285.11	1	2285.11	154.73**	< .001
ระหว่างกลุ่ม	915.40	1	915.40	61.99**	< .001
ค่าความคลาดเคลื่อน (error)	1019.00	69	14.77		

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล พบว่าสูงกว่าก่อนการเข้า และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับพยาบาลตามปกติ ร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมนี้สร้างตามแนวคิดของโมเดลข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะพฤติกรรม (The Information-Motivation-Behavioral Skills: IMB model) (Fisher & Fisher, 1992) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ นำไปสู่กระบวนการคิดเพื่อช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้น ๆ มีการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมผ่านกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม “นาฬิกาอาหาร” ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นองค์ประกอบแรกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ดังเช่น “เดิมผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำมื้อละประมาณ 2-3 ทัพพี เมื่อทราบว่า ข้าวเหนียวทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้มากกว่าข้าวสวย ก็เลือกรับประทานข้าวกล้องแทนและรับประทานข้าวเหนียวลดลง” อาจสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร จะนำไปสู่กระบวนการคิดเพื่อช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้น ๆ มีการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Thongkaew et al. (2021) ที่ได้ศึกษาผลของการให้โภชนศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า การให้โภชนศึกษา ได้แก่ รายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรต การอ่านฉลากโภชนาการ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลด้านตนเองด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น

การสร้างแรงจูงใจ ผ่านกิจกรรม “กระจกสะท้อนใจ” อาสาสมัครกลุ่มทดลองได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้หากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การล้างไต การโดนตัดขา เป็นต้น การตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่จะช่วยให้อาสาสมัครเกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Subpaiboonkit et al. (2021) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

การพัฒนาทักษะทางพฤติกรรมผ่านกิจกรรม “เลือกอาหารง่าย ๆ เราทำได้” โดยสาธิตการคำนวณพลังงานอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม การเลือกประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดจำนวน และ อาหารที่ไม่สามารถรับประทานได้ ฝึกทักษะการจดบันทึกชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน อาสาสมัครสามารถตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมมากขึ้น และสามารถบอกได้ว่าอาหารที่บริโภคนั้นเกินความต้องการหรือไม่อย่างไร การพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม เป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติตน และเกิดความคล้อยตามว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright et al. (2015) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ “Healthy Diabetes Plate” ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการให้ความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ สาธิตและฝึกการเลือกซื้ออาหาร วิธีปรุงอาหาร และการเลือกบริโภคอาหารเมื่อไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการวางแผนการบริโภคอาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนวัยทำงานซึ่งมีเวลาจำกัดในการติดตามเยี่ยมโดยวิธีวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องฝึกปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ บางรายมีเวลาไม่แน่นอนทำให้เกิดความยุ่งยากในการนัดหมายทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวคิด IMB เหมาะสำหรับการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลจะนำโปรแกรมการควบคุมอาหารผ่านการบริการสุขภาพทางไกล มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในระยะยาวขึ้นอาจเป็น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของโปรแกรม และควรขยายการศึกษาในระดับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับเอวันซี (A1C) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

รายการอ้างอิง

- Aberer, F., Hochfellner, D. A., & Mader, J. K. (2021). Application of telemedicine in diabetes care: The time is now. *Diabetes Therapy*, 12(3), 629-639. <https://doi.org/10.1007/s13300-020-00996-7>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes-2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl 1), 77-110. <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>
- Choeichit, S., & Mathayachan, T. (2022). Nutrition label reading. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*, 9(2), 55-69. (in Thai)
- Dermkhuntod, N., Kwancharoen, R., Chuantantikamol, C., Paholpak, P., & Suraamornkul, S. (2021). Effects of telehealth monitoring on glycemic control and medication adherence in patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 65(Suppl), 75-90. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2023). *Clinical practice guidelines for diabetes 2023*. Srimuang. (in Thai)
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/resources/>
- Jeon, E., & Park, H. A. (2019). Experiences of patients with a diabetes self-care app developed based on the information-motivation-behavioral skills model: Before-and-after study. *JMIR Diabetes*, 4(2), e11590. <https://doi.org/10.2196/11590>
- Kongsomboonwate, S. (2016). *Diabetes treatment with food* (4th ed.). Amarin. (in Thai)

- Matloub, F. (2021). Barriers to self-care among diabetic patients and ways to recognize and address. *Family Medicine and Disease Prevention*, 7(1), 135. <https://doi.org/10.23937/2469-5793/1510135>
- Silpcharu, T. (2012). *Research and statistical data analysis with SPSS* (11th ed.). Business R&D. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size: Power analysis and appropriate sample size calculation using G*Power*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Suksan, N. (2016). The effect of a self-regulation promotion program on eating behavior and waist circumference in old patients with obese diabetes. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 85-102. (in Thai)
- Subpaiboonkit, P., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2021). Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. *Nursing Journal CMU*, 48(4), 80-92. (in Thai)
- Suwanpatikorn, K. (2020). Nurses and health promotion for working-age people in the 4.0 era. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 1-14. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2023). *Thai health report 2023*. Amarin. (in Thai)
- Thongkaew, P., Salae, N., & Waehama, A. (2021). The effect of nutrition education on dietary behavior modification and HbA1c levels among patients with type 2 diabetes at Cho-airong Hospital. *YRU Journal of Science and Technology*, 7(1), 38–47. (in Thai)
- Wessler, J. (2024, January 25). *The pros and cons of a career in telehealth*. <https://www.forbes.com/councils/forbesbusinesscouncil/2024/01/25/the-pros-and-cons-of-a-career-in-telehealth/>
- Wright, I., Safaii, S., Raidl, M., Buck, J. H., Spencer, M. R., Sant, L. L., Lanting, R., Greenway, R. S., Nagel, E., Peutz, J., & Deringer, N. C. (2015). Effectiveness of the Healthy Diabetes Plate and social media project. *Journal of Nutrition and Health*, 1(2), 6. <https://doi.org/10.13188/2469-4185.1000007>

บทความวิจัย (Research article)

การศึกษาและพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกัน
วัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
Research and Development Study of Innovation Holistic Health Care
and Building Immunity for Vulnerable Teenager's Group
with Depression and Risk of Suicide

มุกชดา ผดุงยาม¹, สรรัตน์ พลอินทร์^{2*}, วิโรจน์ แจ้เปี่ยน³

Mukda Phadungyam¹, Sarunrattana Polin^{2*}, Wirote Jeiplian³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sarunrad@gmail.com)

(Received: February 10, 2025; Revised: May 5, 2025; Accepted: May 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง อายุ 13-19 ปี จำนวน 190 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการถดถอยโลจิสติก 2) พัฒนาโปรแกรมนวัตกรรมดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง 40 คน และผู้ปกครอง 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมของวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางและผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .76 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบวิลคอกชัน ผลการวิจัยพบว่า

1. วัยรุ่นรับรู้ตนเองว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.36 ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($OR_{adjusted} = 4.89, 4.09, \text{ และ } 3.82$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 38

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Instructor, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นและผู้ปกครองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = 5.51, 3.04; p < .001, .003$ ตามลำดับ)

บุคลากรสุขภาพ สามารถนำโปรแกรม "พลังชีวิตบำบัด" ไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้วัยรุ่นและผู้ปกครอง สามารถเข้าใจตนเองในด้านจิตวิญญาณ การเสริมสร้างพลังชีวิต และความผาสุกทางด้านจิตใจ

คำสำคัญ: การดูแลแบบองค์รวม, ภาวะซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย, วัยรุ่น

Abstract

This research and development aimed to 1) investigate the situation and influencing factors of depression and suicidal risk among adolescents aged 13-19 years ($n = 190$) in Phetchaburi province, by collecting data using questionnaires with a Cronbach's alpha coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. 2) Develop an integrated health care and resilience-building innovation program for vulnerable adolescents with depression and suicidal risk, named "Power of Life Therapy". 3) evaluate the effectiveness of the developed program using quasi-experimental research with a sample of 40 vulnerable adolescents and 12 parents, collecting data on their holistic health care abilities using questionnaires with Cronbach's alpha coefficients of .76 and .89, respectively. The Wilcoxon signed-rank test was used for data analysis. The research findings are as.

1. 57.36% of adolescents perceived themselves as having depression. Adolescents with psychological, physical, and social problems had a significantly higher likelihood of depression and suicidal risk ($OR_{adjusted} = 4.89, 4.09, 3.82, p < .001$), and were predicted at 38%.

2. Following participation in the program, adolescents and parents demonstrated significantly improved holistic health care abilities ($Z = 5.51, 3.04; p < .001, .003$, respectively).

These findings reveal that the "Power of Life Therapy" program can be a valuable tool for mental health professionals to support adolescents and their parents, such as enhancing self-understanding in the spiritual dimension, fostering life energy, and promoting psychological well-being.

Keywords: Holistic health care, Depression, Suicide, Teenager

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีสถิติการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 32 ของโลก (World Health Organization, 2018) และเพิ่มมากขึ้นภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากรายงานการเสียชีวิตของประชากรโลกพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจำนวนกว่า 800,000 ราย

ต่อปี และประมาณ 1 ใน 3 เกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ดังนั้นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานระดับนานาชาติให้ความสำคัญ และกล่าวถึงเป็นอย่างมาก (World Health Organization, 2019) เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 10-19 ปี เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 44 หรือประมาณ 3 ล้านกว่าคนจากวัยรุ่นทั้งหมดประมาณ 8 ล้านคน และมีอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 18 คาดว่าในปัจจุบันทั่วประเทศมีวัยรุ่นป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วกว่า 1 ล้านคน แต่ยังไม่เข้าถึงบริการน้อย เนื่องจากอาการทางอารมณ์ และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่ป่วยซึมเศร้า มีอารมณ์ก้าวร้าวหรือแปรปรวนง่าย ใช้ความรุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือคนอื่น หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้จ่ายเสพติดแยกตัว ไม่กล้าเข้าสังคม ทำให้ผู้ปกครอง ครู เข้าใจผิดคิดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิต จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ที่มีความรุนแรงขึ้นตามมา เช่น ฆ่าตัวตาย ทำร้ายคนอื่น ตัดยา และเรียนไม่จบ (Pullarp & Songthap, 2020)

วัยรุ่นถือเป็นวัยเปราะบาง มีอารมณ์ไม่คงที่ มีการควบคุมและแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่ออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม รุนแรงและบีบคั้น วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ระหว่างการเข้าใจในอัตลักษณ์ของตนเองกับการไม่เข้าใจตนเอง (identity & role confusion) เป็นช่วงของการค้นหาด้วยตนเองและเริ่มเรียนรู้ที่จะปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่วุฒิภาวะ สร้างความเชื่อและจิตวิญญาณที่เป็นความหมายต่อการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์ในอนาคต แต่หากวัยรุ่นไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ที่เหมาะสม จะสับสนในบทบาทของตน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต บุคลิกภาพ และการปรับตัว (Triruangworawat, 2017) จนอาจเลือกการฆ่าตัวตายเป็นวิธีการจัดการปัญหาและเกิดบ่อยกว่าในผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สถานศึกษา และสังคมรอบตัว สาเหตุของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีความจำเพาะที่แตกต่างไปจากวัยอื่น ๆ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคมวิทยา รูปแบบสังคม วัฒนธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Hataiyusuk & Apinuntavech, 2020)

ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พ.ศ. 2563 – 2566 และการระบาดระลอกที่ 3 พบความชุกของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 5.00, 10.80 และ 1.70 ตามลำดับ แม้ว่าจะมีการดำเนินงานตามมาตรการและนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นก็ตาม แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในระบบการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง (Chutha & Makkhlai, 2024) การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปัจจุบันยังไม่พบการส่งเสริมป้องกันที่จำเพาะ มีการรักษาก็ต่อเมื่อมีอาการของโรคแล้ว ซึ่งอาจล่าช้าเกินไป การรักษามักใช้ยาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ซึ่งพบว่า อาการซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนหลังสิ้นสุดการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มสามารถลดอาการลงได้ทันที รวมทั้ง การติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jeerasup et al., 2020) รวมทั้ง ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้แตกต่างกัน โดยโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต การจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก จึงควรพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่มีขนาดอิทธิพลสูงในรูปแบบบูรณาการ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียน (Cheveewat et al., 2024) ดัง

ผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน พบว่า ค่าขนาดอิทธิพลโดยรวมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเท่ากับ 1.14 และแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปัญญาและพฤติกรรมนิยม เท่ากับ 1.25 ซึ่งใกล้เคียงกับแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม (humanistic theory) เท่ากับ 1.06 (Eamprapai et al. (2022) การให้คำปรึกษาแบบมนุษยนิยมในเยาวชนเขตปกครองท้องถิ่นของรัฐแห่งหนึ่งพบว่า มีอิทธิพลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในเชิงบวกตามเพศในหมู่เยาวชน และการให้คำปรึกษาที่เน้นผลลัพธ์ควรใช้ผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง (Okafor-Okwuchukwu & Onukwufor, 2020) แต่ด้วยระบบบริการสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมและมีบุคลากรสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จึงทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียในวงกว้าง ทั้งด้านงบประมาณการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวม และขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานทุกภาคส่วน จึงต้องการความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้วัยรุ่นเติบโตเป็นอนาคตของชาติต่อไป โดยครอบครัว ผู้ปกครอง และโรงเรียน มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวัยรุ่นให้ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งครอบคลุมการช่วยเหลือวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวก้าวสู่วัยที่เติบโตขึ้นต่อไปได้อย่างมีวุฒิภาวะ (Balhip et al., 2016; Sukthammarat, 2022) ดังผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า สิ่งที่คุณดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับอุปสรรคปัญหาในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีความเข้าใจในการเป็นผู้ดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า จะมีแนวทางในการพัฒนาตนเองและสามารถช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ดังนั้น การดูแลวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือ ระหว่างตัววัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน และสถานบริการสุขภาพ (Somdet, 2020; PhramahaSakol, 2021)

ผู้วิจัยตระหนักถึงการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมของวัยรุ่น และครอบครัว จึงได้พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม การให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยม และแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยคาดหวังว่าจะช่วยทำให้วัยรุ่นและผู้ปกครองมีความแข็งแกร่งทางจิตใจ ครู และบุคลากรสุขภาพมีเครื่องมือ และแนวทางในการดูแลส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป

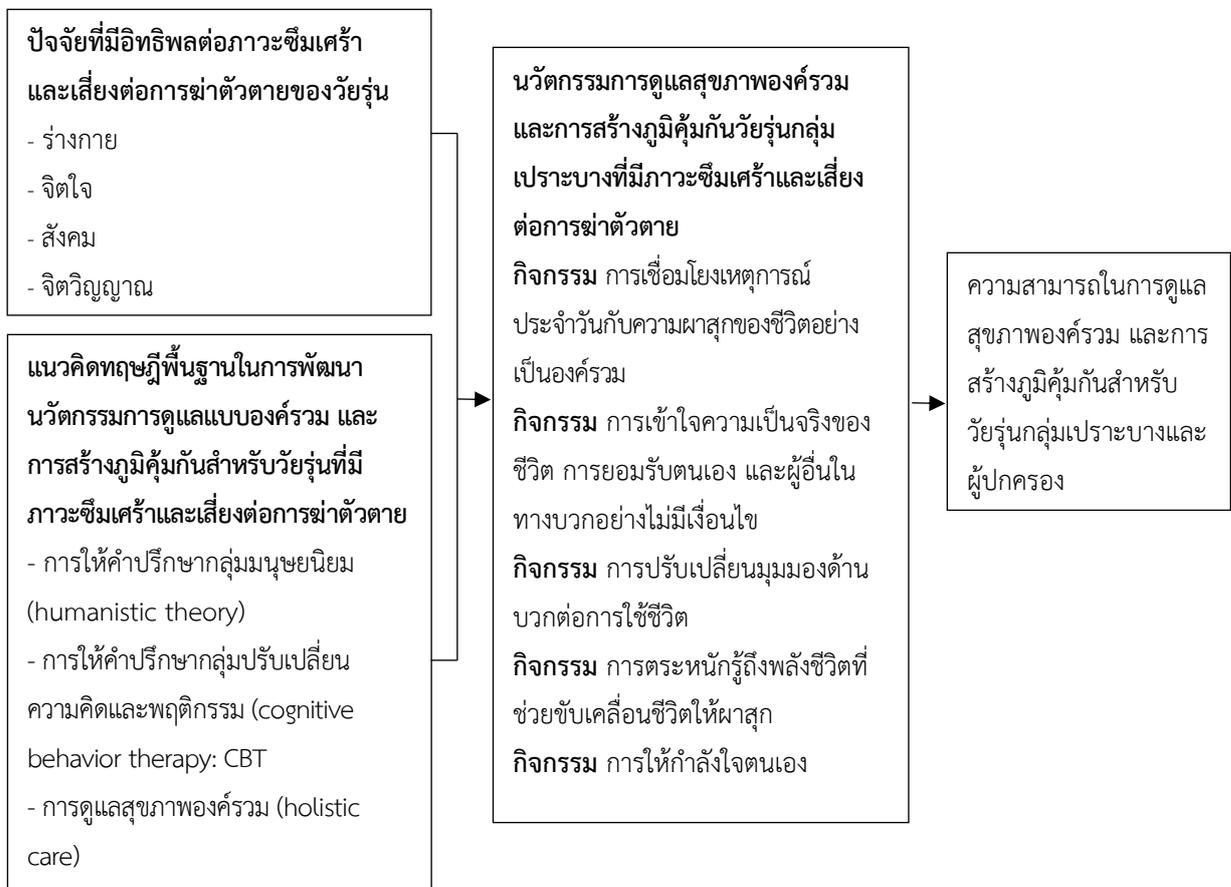
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี

2. พัฒนาและทดสอบนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: โปรแกรมพลังชีวิตบำบัด (life energy therapy: LET) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวม และการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางและผู้ปกครอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาศาสนาการณและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นและพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางและผู้ปกครอง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การศึกษาและพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research & development) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนอายุระหว่าง 13-19 ปี จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่น อายุระหว่าง 13-19 ปี จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 8,586 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น อายุระหว่าง 13-19 ปี จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Daniel and Cross (2003) จากสัดส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดเพชรบุรี ตามข้อมูลของของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ในปี 2565 เท่ากับ 0.13 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 190 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มโรงเรียนจากทั้งหมด 22 แห่ง ซึ่งจำแนกตามขนาดของโรงเรียน (ขนาดใหญ่พิเศษ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก) ได้โรงเรียน 8 แห่ง ทำการสุ่มเลือกห้องเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย และสุ่มเลือกนักเรียน ห้องเรียนละ 7-8 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นแบบรายงานตนเองเกี่ยวกับความถี่ของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อย ๆ และตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้า กำหนดจุดตัดคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป (Trangkasant, 1997)

2. แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามแนวพุทธปรัชญา เป็นแบบรายงานตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ที่ส่งผลเชื่อมโยงให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า และ/หรือมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง จำนวน 67 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน มาก เท่ากับ 3 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คิดคะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ย ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่นักเรียน 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item congruence: IOC) ในรายข้ออยู่ระหว่าง .66 –1.00 และปรับปรุงข้อความตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ นำไปทดลองใช้กับนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา และผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ทั้ง 8 แห่งของจังหวัดเพชรบุรี
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ซึ่งนักเรียนได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ และทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวม และการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักเรียนวัยรุ่น โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ด้วยการโปรแกรม R (R CoreTeam, 2013)

ระยะ 2 พัฒนาโปรแกรมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด (life energy therapy: LET)

นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มมนุษยนิยมของโรเจอร์ (Corey, 2012) กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck et al., 1993; Cain et al., 2016) และแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามแนวคิดพุทธปรัชญาที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณใน (Phramahasakol, 2021) พัฒนาเป็นโปรแกรมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด (life energy therapy: LET)

นำโปรแกรมไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่นักเรียน 1 ท่าน และนักสังคม

สงเคราะห์ระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนของโปรแกรมและประเมินความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษากลุ่มสำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง นำข้อเสนอแนะไปปรับแก้ไข แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนวัยรุ่นและผู้ปกครอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 8 คน และนำโปรแกรมมาปรับแก้ไขจนครบถ้วนสมบูรณ์พร้อมสำหรับการนำไปใช้

ระยะ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่น อายุระหว่าง 13-19 ปี และผู้ปกครองของวัยรุ่น ในจังหวัดเพชรบุรี
กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น อายุระหว่าง 13-19 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับ 22 คะแนนขึ้นไป โดยเรียงตามลำดับคะแนนสูงที่สุดลงมาตามลำดับ กรณีมีลำดับคะแนนเท่ากัน จะทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนและปกครองซึ่งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด (life energy therapy: LET)
2. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวม และการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดวิถีพุทธที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นแบบรายงานตนเอง จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน มาก เท่ากับ 3 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คิดคะแนนรวมถ้าคะแนนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยถือว่ามีความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่นักเรียน 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน มีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .66 –1.00) และปรับปรุงข้อความตามที่ยุเชี่ยวชาญเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนวัยรุ่นและผู้ปกครองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .76 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง และผู้ปกครอง ดังนี้

1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มวัยรุ่นจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวม (pretest)

2. จัดกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครองแยกกลุ่มกัน การทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษากลุ่มเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในชีวิตจริงและสถานการณ์ปัจจุบันที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบทางลบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) การเชื่อมโยงเหตุการณ์ประจำวันกับความผาสุกของชีวิตอย่างเป็นองค์รวม 2) การเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต การยอมรับตนเอง และผู้อื่นในทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองด้านบวกต่อการใช้ชีวิต 4) การตระหนักรู้ถึงพลังชีวิตที่ช่วยขับเคลื่อนชีวิตให้ผาสุก และ 5) การให้กำลังใจตนเอง

3. หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมของวัยรุ่นและผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ คจม.พบ.005/2566 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี

1.1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 57.36 และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 42.36 โดยเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.68 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 36.32 พบในโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ร้อยละ 26.32 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 41.58 และมีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 31.58 ในขณะที่กลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 22.10 และ 20.53 ตามลำดับ และไม่มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 31.58 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น จำแนกตามกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 190)

รายการ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 81)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 109)		รวม (n = 190)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	42	22.10	26	13.68	68	35.79
หญิง	39	20.53	83	43.68	122	64.21
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาปีที่ 4	50	26.32	69	36.32	119	62.64
มัธยมศึกษาปีที่ 5	26	13.68	32	16.84	58	30.52
มัธยมศึกษาปีที่ 6	5	2.63	8	4.21	13	6.84
ขนาดโรงเรียน						
ใหญ่พิเศษ	39	20.53	50	26.32	89	46.85
ใหญ่	13	6.84	13	6.84	26	13.68
กลาง	24	12.63	35	18.42	59	31.05
เล็ก	5	2.63	11	5.79	16	8.42
รายได้						
เพียงพอ	60	31.58	79	41.58	139	73.16
ไม่พอเพียง	21	11.05	30	15.79	51	26.84
ปัญหาสุขภาพ						
ไม่มีภาวะเจ็บป่วย	60	31.58	49	25.79	109	57.37
มีภาวะเจ็บป่วย	21	11.05	60	31.58	81	42.63

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Crude Odds Ratio (OR_{crude}) ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาเจ็บป่วยด้านร่างกาย ($OR_{crude} = 3.50$, 95%CI = 1.90 – 6.63) ด้านจิตใจ ($OR_{crude} = 6.45$, 95%CI = 3.43-12.53) และด้านสังคม ($OR_{crude} = 5.43$, 95%CI = 2.87-10.24) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ด้านจิตวิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น (n=190)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR crude	95% CI	
	(n=81)		(n=109)			Lower	Upper
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านร่างกาย							
มีปัญหาเจ็บป่วย	21	17.01	60	55.05	3.50***	1.90	6.63
ไม่มีปัญหาเจ็บป่วย	60	48.60	49	44.95	1.00		
ด้านจิตใจ							
มีปัญหา	20	16.20	74	67.89	6.45***	3.43	12.53
ไม่มีปัญหา	61	49.41	35	32.11	1.00		
ด้านสังคม							
มีปัญหา	21	17.01	71	65.14	5.34***	2.87	10.24
ไม่มีปัญหา	60	48.60	38	34.86	1.00		
ด้านจิตวิญญาณ							
ไม่มีพลัง/จิตวิญญาณในการ ขับเคลื่อนชีวิต	39	31.59	56	51.38	1.14	.64	2.03
มีพลัง/จิตวิญญาณในการ ขับเคลื่อนชีวิต	42	34.02	53	48.62	1.00		

*** $p < .001$

1.3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโลจิสติก พบว่า สัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 63.02$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่า $OR_{adjusted}$ พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านจิตใจ จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4.89 เท่า (95%CI = 2.41-10.24) วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านร่างกาย จะมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4.09 เท่า (95%CI = 1.99-8.78) และวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสังคม จะมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.82 เท่า (95%CI = 1.88-7.98) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาในด้านดังกล่าว และทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 38 (Nagelkerke $R^2 = .38$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ปัจจัย	b	S.E.	Wald	p-value	OR adjusted	95% CI	
						Lower	Upper
ด้านร่างกาย	1.41	.38	3.74	.001	4.09	1.99	8.78
ด้านจิตใจ	1.59	.37	4.31	.001	4.89	2.41	10.24
ด้านสังคม	1.34	.37	3.65	.001	3.82	1.88	7.98
ค่าคงที่	-1.93	.39	-4.95	.001	.15	.06	.30

Model Chi -square = 63.02, p <.001, Nagelkerke.R Square = .38

2. ผลของโปรแกรมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: พลังชีวิตบำบัด (life energy therapy: LET) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นมีความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ากลาง (Md) และการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมของวัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ด้าน	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			Z	p-value
	M	SD	Md	M	SD	Md		
ร่างกาย	13.50	2.32	13	14.08	1.37	17	-5.28***	<.001
จิตใจ	34.00	4.63	33	36.42	4.62	38	-5.43***	<.001
สังคม	20.08	4.44	18	20.42	4.25	22	-5.27***	<.001
จิตวิญญาณ	18.08	1.98	16	19.67	2.99	17	-3.16**	.002**
โดยรวม	85.66	7.97	80.5	90.58	9.05	93	-5.51***	<.001

p < .01, * p < .001

ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมและการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ตนเองและวัยรุ่นสำหรับผู้ปกครองพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีความสามารถมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านสังคม ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่ากลาง (*Md*) และการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (*n* = 12)

ด้าน	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			<i>Z</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>		
ร่างกาย	13.15	2.39	13	14.65	1.51	15	-2.66**	.008
จิตใจ	31.55	3.67	34	37.88	3.16	38	2.10*	.018
สังคม	18.00	2.38	20	19.40	3.07	21.5	- 1.61	.108
จิตวิญญาณ	15.62	2.37	18	17.88	2.62	21	- 2.83**	.005
โดยรวม	78.33	8.21	85	89.8	7.67	95.5	-3.04**	.003

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

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าพบว่า นักเรียนวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.36 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 51.25 ความผูกพันในครอบครัวและความฉลาดทางสังคม มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าโดยรวมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 22.30 (Maneenil et al., 2022) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ และการมีครอบครัวหรือผู้สนับสนุนดูแลอยู่รอบข้าง จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ปัญหาและมองตนเองได้ตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นวิกฤติไปได้

ปัจจัยด้านจิตวิญญาณไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อาจเนื่องมาจากพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่น ที่มีความปรารถนาทางจิตใจขั้นพื้นฐาน คือ การยอมรับจากเพื่อนมากที่สุด วัยรุ่นจึงให้ความสำคัญกับโลกภายนอกมากกว่าโลกภายในตนเอง จึงทำให้ไม่ตระหนักถึงพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (Sirivunnabood, 2021) ซึ่งให้เห็นว่า วัยรุ่นไม่สามารถนำจิตวิญญาณมาใช้เป็นพลังในการขับเคลื่อนชีวิตให้มีความสุขได้ จะเห็นได้จากการที่วัยรุ่นมักไม่นำคำสอนหรือความเชื่อทางศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต ดังผลการศึกษาถึงบทบาทของศาสนาและจิตวิญญาณในการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างศาสนา/จิตวิญญาณ และสุขภาพจิต ที่แสดงให้เห็นว่าการตีตราจากพ่อแม่หรือชุมชนที่มีแรงจูงใจทางศาสนา ส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลง ในขณะที่การนับถือศาสนาที่แท้จริงมีความสอดคล้องกับสุขภาพจิตที่ดี (Wolfling et al., 2020; Lekwauwa et al., 2023) ดังนั้น จึงควรฝึกฝนให้วัยรุ่นได้เรียนรู้โลกทางจิตวิญญาณหรือฝึกฝนการเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้งมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังผลการศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้วยกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาในนักเรียนมัธยมพบว่า ทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสร้างความสุขสงบทางใจให้เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Srichat &

Piyakun, 2020) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการศึกษาและพัฒนาวัยรุ่นด้านจิตวิญญาณโดยตรงมีน้อย และมีทิศทางที่ไม่ชัดเจน

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนวัยรุ่นมีความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสะท้อนว่าวัยรุ่นที่ได้รับการพัฒนา มีทักษะในการเผชิญปัญหาชีวิตได้ดีขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีการบูรณาการระหว่างทฤษฎีปัญญานิยมกับประสบการณ์นิยม-มนุษย์นิยมในการลดภาวะซึมเศร้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าแนวคิดทฤษฎีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phawo et al., 2020) อีกทั้ง โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต การจัดการกับอารมณ์ และความสอดคล้องในการมองโลก เป็นโปรแกรมบำบัดที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมบำบัดในรูปแบบบูรณาการเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม (Cheveewat et al., 2024; Chutha, & Makkhlai, 2024) แต่ด้วยปัจจุบันมีเพียงการรักษาด้วยยาเมื่อมีอาการของโรคแล้ว ซึ่งอาจจะล่าช้าเกินไป อีกทั้งปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรงยังมีจำนวนน้อย ทำให้วัยรุ่นกลุ่มเปราะบางไม่ได้รับการบริการเชิงรุก และไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญโดยตรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในอนาคต

ผู้ปกครองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยพัฒนาผู้ปกครองให้มีความพร้อม มีความเข้าใจวัยรุ่น มีจิตวิญญาณ และมีความปรารถนาที่จะดูแลวัยรุ่นมากขึ้น โปรแกรมช่วยปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในการดูแลวัยรุ่นในทางบวกมากขึ้น กิจกรรมดังกล่าวยังช่วยทำให้ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนจากภายในภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ด้วยปัญหาความขัดแย้งเดิมกับวัยรุ่นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภาระหน้าที่ การประกอบอาชีพ หรือปัญหาในชีวิตด้านอื่นของผู้ปกครองเอง ทำให้การปรับตัวกับวัยรุ่นยังทำได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่นและการดูแล โดยความไม่พร้อมเรื่องเวลาที่มีคุณภาพ ข้อจำกัดจากหน้าที่การทำงาน และเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้เวลาเพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่วัยรุ่น ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นและผู้ดูแล (Sukthammarat & Taephant, 2025)

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นช่วยทำให้วัยรุ่นและผู้ปกครองปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ชีวิตไปในทางบวกมากขึ้น ช่วยลดอคติภายในใจ ถึงแม้โปรแกรมช่วยพัฒนาการสื่อสารในทางบวก ฝึกให้อภัย และให้กำลังใจผู้อื่น เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีต่อกันก็ตาม แต่ความสัมพันธ์กับวัยรุ่นยังคงต้องใช้เวลาเพื่อความไว้วางใจต่อกันมากขึ้น หากวัยรุ่นและผู้ปกครองได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาด้านจิตวิญญาณและความปรารถนาดี ๆ จากภายใน ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาด้านจิตสังคมต่อไป (Balthip et al., 2016; Lekwauwa et al., 2023) และหากได้รับการบำบัดร่วมกันในการให้คำปรึกษาครอบครัว ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดี

ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวได้ (Srikosai et al., 2018; Anchuen et al., 2020) ช่วยเสริมสร้างพลังชีวิตในการดูแลกันและกันได้อย่างเป็นองค์รวม ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจให้กับตนเองและบุตรหลาน ทำให้ชีวิตมีความผาสุกด้านจิตใจมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของนักเรียนวัยรุ่นที่มีภารกิจส่วนตัว ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีการถอนตัวในระหว่างดำเนินการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปใช้ในการให้ความรู้และพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นและผู้ปกครอง ให้สามารถเรียนรู้และเข้าใจตนเองด้านจิตวิญญาณ เสริมสร้างพลังชีวิต และความผาสุกทางด้านจิตใจต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาระบบการดูแลวัยรุ่นเชิงรุกเพื่อการพัฒนาทักษะชีวิต และความเข้มแข็งทางจิตใจ ภายใต้วรรวมมือกัน ทั้งระดับครอบครัวของวัยรุ่น โรงเรียน และโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประเภทงานมูลฐาน (Fundamental Fund: FF) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ประจำปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

- Anchuen, K., Luethaisong, W., Wongchampa, W., Jinarat, J., & Patipatpakdee, H. (2020). The effectiveness of family therapy based on Satir model according to the life congruence and the level of depression of patients with major depressive disorders admitted in the hospital. *Department of Health Service Support Journal*, 16(1), 56-66. (in Thai)
- Balthip, K., Petchruschatachart, U., Piriyaakontorn, S., Tiraphat, N., & Liamputtong, P. (2016). Application of purpose in life and self-sufficient economic philosophy in enhancing the holistic health promotion of Thai adolescents. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(3), 111-130. (in Thai)
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.

- Cain, D. J., Keenan, K., & Rubin, S. (Eds.). (2016). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Cheveewat, P., Sukjaroen, S., & Sukjaroen, N. (2024). Depression treatment programs for Thai adolescents in schools: Meta-analysis. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(2), e264699. (in Thai)
- Chutha, W., & Makkhlai, K. (2024). Related factors of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020–2023. *Journal of Mental Health of Thailand*, 32(1), 60-72. (in Thai)
- Corey, G. (2012). *Theory and practice of group counseling* (8th ed.). Brooks/Cole.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- Hataiyusuk, S., & Apinuntavech, S. (2020). Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes, and prevention. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(1), 40-47. (in Thai)
- Jeerasup, N., Sukhawaha, S., Saganrum, K., Kenbubpha, K., & Dit-ung, H. (2020). Development and test effectiveness of a school-based cognitive behavioral group therapy for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 65(1), 47-62. (in Thai)
- Lekwauwa, R., Funaro, M. C., & Doolittle, B. (2023). Systematic review: The relationship between religion, spirituality, and mental health in adolescents who identify as transgender. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(4), 421-438. <https://doi.org/10.1080/19359705.2022.2107592>
- Maneenil, A., Vatanasin, D., & Hengudomsab, P. (2022). Factors influencing depression among late adolescents. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(1), 293-307. (in Thai).
- Okafor-Okwuchukwu, I.-E., & Onukwufor, J. N. (2020). Perceived influence of humanist and systemic approaches to counseling on suicide prevention among 21st-century youths in Obio-Akpor LGA, Rivers State. *Journal of Education in Developing Areas*, 28(2), 11-20. <https://journals.journalsplace.org/index.php/JEDA/article/view/260/195>
- Phawo, P., Suthithatip, S., & Chakrabhandu Na Ayutaya, S. (2020). Integrative multitheoretical counseling: Cognitive therapy and experiential-humanistic therapy on depression of patient with depressive disorder. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 31(1), 104-116. (in Thai)
- Phramahasakol, D. (2021). *Holistic health care based on Buddhist philosophy*. Life University.

- Pullarp, A., & Songthap, A. (2020). The role of peers in assisting their friends with adolescent depression. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 37(3), 368-377. (in Thai)
- R Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/> (in Thai)
- Sirivunnabood, P. (2021). *Developmental psychology*. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Srichat, Y., & Piyakun, A. (2020). The development of emotional quotient of Mathayomsuksa 1 students using contemplative education activities. *Journal of Graduate School Sakon Nakhon Rajabhat University*, 17(77), 149-157. (in Thai)
- Srikosai, S., Dornnork, P., Taweewattanaprecha, S., & Saipanish, R. (2018). Clinical outcomes and parents' life congruence of children with attention deficit-hyperactive disorder after Satir model-based psychoeducational program. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 63(3), 227-246. (in Thai)
- Sukthammarat, A. (2022). *Psychological experiences of family carers in supporting and caring for adolescent patients with depressive disorder* [Unpublished master thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sukthammarat, A., & Taephant, N. (2023). Experiences and perspectives of family caregivers in supporting and caring for adolescents with depressive disorder: A qualitative study. *Journal of Mental Health of Thailand*, 31(1), 22-36. (in Thai)
- Trangkasombat, U., Lapunsap, W., & Havanon, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 42(1), 168-170. (in Thai)
- Triruangworawat, B. (2017, 20 October). *Developmental psychology*. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/devpsy>
- Wolfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., & Beutel, M. E. (2020). Internet addiction and internet gaming disorder: A cognitive-behavioral psychotherapeutic approach. In M. N. Potenza, K. A. Faust, & D. Faust (Eds.), *The Oxford handbook of digital technologies and mental health* (pp. 468–476). Oxford University Press.
- World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*. <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- World Health Organization. (2019). *Health statistics and information systems*. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en



บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ต่อการรับรู้ทักษะ
การปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
Effectiveness of Clinical Practice Preparation by Using Simulation-Based
Learning Combined with Concept Mapping on Perception of Primary
Medical Care Practice and Clinical Thinking among Nursing Students

ณัฐชยา ไชยชนะ^{1*}, จิดาภา พลรักษ์¹, รชยา ยิกุสังข์¹,

เสาวพฤกษ์ ช่วยยอก¹, รุ่งกานต์ พลายแก้ว²

Natchaya Chaichana^{1*}, Jidapa Polruk¹, Rajaya Yekusang¹,

Soawapruerk Choyyok¹, Rungkant Plykaew²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: natchaya.cha@sru.ac.th)

(Received: March 3, 2025; Revised: July 11, 2025; Accepted: July 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ต่อการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 62 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.57, p < .001$) แต่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ เป็นการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ โดยการจัดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Instructor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat university

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat university

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, แผนผังมโนทัศน์, การคิดอย่างมีวิจารณญาณ, การรักษาโรคเบื้องต้น, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine the effectiveness of clinical practice preparation using simulation-based learning combined with concept mapping on the perception of primary medical care practice and clinical thinking. The study involved 62 fourth-year nursing students from the Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University. Data were collected using a perception of primary medical care practice questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = .97) and a clinical thinking questionnaire (Kuder-Richardson 20 = .70). Data analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed a statistically significant increase in students' perception scores of primary medical care practice after the intervention compared to before ($t = 3.57$, $p < .001$). However, no significant difference was found in clinical thinking scores between the pretest and posttest.

The findings suggest that simulation-based learning combined with concept mapping is an effective instructional method for enhancing students' perception of primary medical care practice. Although improvements in clinical thinking were not statistically significant, the approach shows potential, and it should be implemented continuously to support the development of critical thinking and clinical competence among nursing students.

Keywords: Simulation-based learning, Concept mapping, Clinical thinking, Primary medical care, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาการพยาบาลตั้งข้อกำหนดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและได้รับใบประกอบวิชาชีพ ตามหมวด 3 ข้อ 10 กล่าวไว้ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ให้กระทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จึงดำเนินการจัดการเรียนการสอนวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพคนของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม มุ่งพัฒนาบัณฑิตให้มีการคิด

อย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการบรรลุความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพบัณฑิตตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นผลลัพธ์ของผู้เรียนให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ และมีทักษะเชิงวิชาชีพ (Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation, 2022)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสมรรถนะสำคัญของนักศึกษาพยาบาล เป็นกระบวนการพิจารณาอย่างมีเหตุผล โดยการค้นคว้า ประเมินค่า และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตัดสินใจลงมือปฏิบัติ (Kusoom & Tongvichean, 2017) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การแปลความ การวิเคราะห์ การอ้างอิงปัญหา การอธิบาย การประเมินผล และการควบคุมตนเอง (Facione, 2013) สำหรับในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องนำองค์ความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาลหลากหลายและหลักวิทยาศาสตร์ มาใช้เพื่อพิจารณาการรักษาโรคเบื้องต้น นักศึกษาจึงจำเป็นต้องมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ทักษะการแก้ปัญหาที่มีคุณภาพ แต่จากการทบทวนผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาในการแยกแยะข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา และมีระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง (Kusoom & Tongvichean, 2017) จึงกล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และผู้สอนควรจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 และมีการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติแก่นักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติจริงในแหล่งฝึก โดยเน้นการบรรยายร่วมกับใช้กรณีศึกษา จากการสนทนากลุ่มอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติและพยาบาลพี่เลี้ยงหลังสิ้นสัปดาห์วิชา ในปีการศึกษา 2566 พบว่า นักศึกษาไม่สามารถคิดเชื่อมโยงทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติได้เท่าที่ควร และไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ส่วนนักศึกษาสะท้อนว่าตนเองมีความพร้อมในการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยง เนื่องจากการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นทักษะที่ต้องใช้ความรู้จากหลายสาขาทางการพยาบาล และนักศึกษามีประสบการณ์ทางการพยาบาลไม่เพียงพอรวมทั้ง เมื่อพิจารณาผลการประเมินของผู้ใช้บัณฑิตพบว่า บัณฑิตมีความพร้อมในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาวินิจฉัยโรค (Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat university, 2024)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับทักษะการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีทักษะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Thongmeekhaun et al., 2017; Palacheewa et al., 2021) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการจัดการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการพัฒนาทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษาพยาบาล การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการเรียนรู้ที่มีการจำลองสถานการณ์ที่เหมือนสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล การตัดสินใจ และทักษะแก้ปัญหาของผู้เรียน (Chudjuajeen et al, 2022) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นนำ (pre-brief) 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ (scenario running) และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) (Jefferies, 2005) โดยขั้นปฏิบัติสถานการณ์สามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติทางการ

พยาบาล และขั้นสรุปผลการเรียนรู้สามารถพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียนได้ (Chudjuajeen et al, 2022) ส่วนการจัดการเรียนรู้โดยใช้แผนผังมโนทัศน์ มุ่งให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์และแนวคิดจากการสะท้อนคิด จึงส่งผลต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา (Odreman & Clyens, 2020)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ร่วมกับการใช้แผนผังมโนทัศน์ สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาล (Darwish et al, 2023) และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Odreman & Clyens, 2020) ผู้วิจัย จึงได้นำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างมั่นใจ ถูกต้องและมีวิจารณญาณ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและคุณภาพของการบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) (Jeffries, 2005) มี 6 กิจกรรม โดยใช้การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นนำ 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ ร่วมกับการใช้แผนผังมโนทัศน์ ในขั้นนำ และขั้นอภิปรายและสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการใช้แผนผังมโนทัศน์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม “ฉุกฉิน ว่องไว ปลอดภัย” โจทย์สถานการณ์ที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ กลุ่มฉุกฉินที่ต้องช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อทันที

กิจกรรม “สืบข้อมูล เชื่อมโยงปัญหา” ใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 1 เน้นการเรียนรู้ การคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินภาวะสุขภาพจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

กิจกรรม “แยกโรคอย่างมั่นใจ” การใช้แผนผังมโนทัศน์ในการวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

กิจกรรม “รักษาได้ สื่อสารอย่างเข้าใจ” โจทย์สถานการณ์ที่ 2 เน้นการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้คำแนะนำ

กิจกรรม “เกินขอบเขต แต่จัดการได้” โจทย์สถานการณ์ที่ 3 เน้นการรักษาโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่ม

กิจกรรม “ยิ่งซ้อม ยิ่งมั่นใจ” การแสดงบทบาทสมมติตามโจทย์สถานการณ์ที่ 2 ในทุกขั้นตอนของการรักษาโรคเบื้องต้นรายบุคคล

- การรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น

- ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาจากประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ปีการศึกษา 2567 จำนวน 62 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาผ่านการเรียนวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ในปีการศึกษา 2567 2) สนใจเข้าร่วมการวิจัยเมื่อได้รับการชี้แจง โดยได้รับการยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้ในวันที่เริ่มการดำเนินการวิจัย และเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน 2) พันสภาพการเป็นนักศึกษาหรือยุติการเรียนชั่วคราว และ 3) ต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม ตลอดหลักสูตร เกรดรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

1.2 แบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับ นักศึกษาพยาบาล พัฒนามาจากแบบประเมินของ Thongmeekhaun et al. (2018) จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก เท่ากับ 3 คะแนน ดี เท่ากับ 2 คะแนน พอใช้ เท่ากับ 1 คะแนน และปรับปรุง เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-33 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระหว่าง 0 – 10.99 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง 11.00 – 21.99 หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 22.00 – 33.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

1.3 แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล สร้างขึ้นโดยคณาจารย์ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (Praboromarajchanok Institute, 2003) ตามแนวคิดของ Facione (2013) จำแนกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การระบุประเด็น การรวบรวมข้อมูล การพิจารณาความน่าเชื่อถือ ระบุลักษณะข้อมูล การกำหนด สมมติฐาน การลงข้อสรุป และการประเมินความสมเหตุสมผล และสอดคล้องกับแนวทางในการสอนให้ นักศึกษาพยาบาลในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ประกอบด้วย 6 สถานการณ์ ๆ ละ 7 ข้อ ๆ ละ 1 ด้าน โดยเป็นสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตประจำวันและ สถานการณ์สอดคล้องตามเนื้อหาของรายวิชา รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0-42 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระหว่าง 0 – 13.99 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง 14 – 27.99 หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 28.00 – 42 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

2. เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ โดยใช้กรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาล ด้วยสถานการณ์จำลองของ Jeffries (2005) ประกอบกับการใช้แผนผังมโนทัศน์ในขั้นนำ (pre-brief) และ ขั้นอภิปราย และสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ (debrief) มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้สอน ออกแบบสถานการณ์จำลอง เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เสมือนจริง ใช้คำถามกระตุ้นการเรียนรู้ให้เกิดการ คิดวิเคราะห์ด้วยแผนผังมโนทัศน์ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน 2) ผู้เรียน มีบทบาทในการรับผิดชอบการ เรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติและ สะท้อนคิดถึงสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติไป 4) การออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มุ่งกระตุ้นผู้เรียนให้คิด วิเคราะห์นำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาตามกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น และ 5) ผลลัพธ์การเรียนรู้ มุ่งให้ เกิดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณนำไปสู่การปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นที่ถูกต้องและ เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นในสถานการณ์จริง

2.2 โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก ข้อมูลจริงของผู้ป่วยที่มีอาการนำทางระบบทางเดินหายใจ จำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) กลุ่มฉุกเฉินที่ต้องช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อทันที 2) กลุ่มอาการที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้น และ 3) กลุ่มอาการที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่ม นำมาสร้างเป็นสถานการณ์จำลองเสมือนจริงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .93 นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในสถาบันอื่น จำนวน 30 คน ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .70 มีความยากง่าย (p) อยู่ในช่วง .20 - .77 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ในช่วง .30 - .70

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังโน้ตทัศน์ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านข้างต้น แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาทดสอบคุณภาพ โดยการนำไปทดลองใช้ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยคณะผู้วิจัย จำนวน 3 คน นำไปทดลองสอนกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในสถาบันอื่น จำนวน 7 คน นำมาปรับแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 โดยให้อาจารย์พยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 3 คน นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในสถาบันอื่น จำนวน 7 คน แล้วนำมาปรับแก้ไขให้สมบูรณ์พร้อมสำหรับการนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนทดลอง เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือจากหัวหน้าสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ช่วยในการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโครงการวิจัย จัดกิจกรรมและแสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยจำลอง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการทดลอง (pretest) ใช้เวลา 60 นาที

2. การดำเนินการทดลอง

2.1 ระยะเวลาเตรียมการ

- จัดเตรียมสถานที่ สื่อทัศนูปกรณ์ เอกสารความรู้ และอุปกรณ์ดำเนินการวิจัย รวมทั้งเตรียมผู้วิจัยถึงบทบาทการเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์จำลองให้เป็นไปตามที่จัดเตรียมไว้ แก้ปัญหา กระตุ้นผู้เรียน ให้คำชี้แนะในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล และเมื่อผู้เรียน ออกนอกประเด็น เป็นผู้ร่วมสังเกตพฤติกรรมผู้เรียน และเตรียมผู้ช่วยวิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยมาตรฐาน

- แบ่งนักศึกษาทั้งหมด 62 คน เป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 15-24 คน จัดให้หมุนเวียนเข้ารับการเตรียมความพร้อม โดยกลุ่มที่ 1 แบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดำเนินการทดลองในช่วงวันที่ 30 กันยายน ถึง 2 ตุลาคม 2567 กลุ่มที่ 2 แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดำเนินการทดลองในช่วงวันที่ 4-7 พฤศจิกายน 2567 และกลุ่มที่ 3 แบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดำเนินการทดลองในช่วงวันที่ 2-5 ธันวาคม 2567

2.2 ระยะเวลาทดลอง การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ ประกอบด้วย 3 ชั้น ได้แก่ 1) ชั้นนำ 10 นาที โดยใช้แผนผังมโนทัศน์สรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้นที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยแยกโรค 2) ชั้นปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 20 นาที ซึ่งผู้สอนจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก จัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติให้ปลอดภัย คอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และกระตุ้นนักศึกษาในการแก้ไขปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ 3) ชั้นอภิปรายและสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ 30 นาที โดยให้นักศึกษาเขียนแผนผังมโนทัศน์เชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติและคิดวิเคราะห์ ทั้งการระบุประเด็น รวบรวมข้อมูล พิจารณาความน่าเชื่อถือ ระบุลักษณะข้อมูล กำหนดสมมติฐาน การลงข้อสรุป และประเมินความสมเหตุสมผล ในระหว่างการเขียนผู้สอนให้คำแนะนำในส่วนที่ดีและต้องปรับปรุง โดยทุกกลุ่มได้รับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มย่อย ในแต่ละกลุ่มย่อยมีผู้เรียนที่เป็นผู้ฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริงครั้งละ 1-4 คน และเป็นผู้สังเกตการณ์ครั้งละ 3-4 คน แบ่งเป็น 6 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-5 ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ ผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์จำลองในทุกกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยจำลอง ส่วนกิจกรรมที่ 6 เป็นการแสดงบทบาทสมมติ มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์

กิจกรรม	รายละเอียด	ระยะเวลา
1 “ฉุกฉิน ว่องไว ปลอดภัย”	ใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 1 การรักษาโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่จัดอยู่ในกลุ่มฉุกฉินที่ต้องช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อทันที	60 นาที ในวันที่ 1 ของ การทดลอง
2 “สืบข้อมูล เชื่อมโยงปัญหา”	ใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 2 การรักษาโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งมุ่งเน้นการเรียนรู้การคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินภาวะสุขภาพจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย	60 นาที ในวันที่ 1 ของ การทดลอง
3 “แยกโรคอย่างมั่นใจ”	การสอนโดยให้นักศึกษาทั้งกลุ่มร่วมกันเขียนแผนผังมโนทัศน์ในประเด็นการวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น และผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะสะท้อนส่วนที่ดีและต้องปรับปรุง	60 นาที ในวันที่ 1 ของ การทดลอง
4 “รักษาได้ สื่อสารอย่างเข้าใจ”	ใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 2 การรักษาโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้คำแนะนำ	60 นาที ในวันที่ 1 ของ การทดลอง
5 “เกินขอบเขต แต่จัดการได้”	ใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 3 การรักษาโรคเบื้องต้นในผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่ม	60 นาที ในวันที่ 1 ของ การทดลอง
6 “ยิ่งซ้อม ยิ่งมั่นใจ”	ให้นักศึกษาแสดงบทบาทสมมติตามโจทย์สถานการณ์ที่ 2 กลุ่มอาการที่วินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ โดยแสดงบทบาทในทุกกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น	30 นาที ในวันที่ 2 ของ การทดลอง

3. หลังทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (posttest) ณ ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ใช้เวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เข้าร่วมวิจัย ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ซึ่งมีการทดสอบข้อตกลง

เบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่ ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (normality) โดยพิจารณาจากสถิติ Shapiro-Wilk และการทดสอบความเท่าเทียมของความแปรปรวน (equal of variance) โดยใช้สถิติ การทดสอบของเลวีเน (Levene's test for equality of variances) มีค่า $p\text{-value} > .05$

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ SRU-EC 2024/077 วันที่ 19 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็น ความลับและเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 62 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 95.16 มีอายุเฉลี่ย 21.63 ปี ($SD = 0.55$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร เท่ากับ 3.35 ($SD = 0.19$) และเกรดรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนใหญ่ได้เกรด B คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา ได้เกรด B+ คิดเป็นร้อยละ 25.81 และเกรด C+ คิดเป็นร้อยละ 24.19

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา พยาบาล ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ($M = 25.61, SD = 5.08$) สูงกว่าก่อน ทดลอง ($M = 22.42, SD = 5.06$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 3.57, p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที่ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	p-value
	(n = 62)		(n = 62)				
	M	SD	M	SD			
การรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น	22.42	5.06	25.61	5.08	3.194	-3.57*	< .001
ความสามารถในการคิดอย่างมี วิจารณญาณ	23.77	3.46	24.21	4.19	.435	-.63	.53

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังทดลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ($M = 24.21, SD = 4.19$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 23.77, SD = 3.46$) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.63, p = .53$) รายละเอียดตาราง 2 และเมื่อพิจารณาระดับของความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.54 และระดับสูง ร้อยละ 6.45 ในขณะที่หลังการทดลอง มีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.48 และมีความสามารถในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.52 รายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ระดับ	ก่อนการทดลอง (n = 62)		หลังการทดลอง (n = 62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	58	93.54	53	85.48
สูง	4	6.45	9	14.52

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.57, p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Jeffries, 2005) ที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบการเรียนรู้ โดยเฉพาะการปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เป็นการให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ใช้กระบวนการคิดกับสิ่งที่ปฏิบัติไป และได้รับข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้ง ความร่วมมือที่ดีในการเรียนรู้ทั้งในสถานการณ์จำลองและการคิดวิเคราะห์ด้วยแผนผังมโนทัศน์ จึงเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่จัดการเรียนรู้ด้วยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริง และพัฒนาทักษะปฏิบัติได้ (Tantalanukul et al., 2016; McCarrick et al., 2024) รวมทั้ง การจัดการเรียนรู้โดยใช้แผนผังมโนทัศน์ในชั้นนำ สามารถส่งเสริมการวางแผนการปฏิบัติได้ นักศึกษาจึงมีการเตรียมตัวได้ดีก่อนเข้าปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้ปฏิบัติได้ตามกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่จัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ในชั้นนำ ส่งผลให้ผู้เรียนมีทักษะการปฏิบัติพยาบาลเพิ่มขึ้น (Rishipathak et al., 2020; Darwish et al., 2023)

กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นรายบุคคล ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะการรักษาโรคเบื้องต้นในระดับบุคคล ประกอบกับนักศึกษาส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดี ($M = 3.35, SD = .19$) จึงส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tantalanutkul et al. (2016) พบว่า การแสดงบทบาทสมมติร่วมกับการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้สอน ส่งผลให้ผู้เรียนมีประสบการณ์การปฏิบัติและเข้าใจกระบวนการปฏิบัติได้ดีขึ้น และมีทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้น รวมทั้ง ส่งผลทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นและสามารถปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นได้ดีขึ้นเมื่อฝึกปฏิบัติจริงในแหล่งฝึก และมีการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($t = .63, p = .53$) อาจเนื่องมาจากความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณต้องใช้การฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง (Kusoom & Tongvichean, 2017) รวมทั้ง นักศึกษาส่วนใหญ่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง การได้รับการเตรียมความพร้อมเพียง 1 วัน จึงเป็นการเรียนรู้ในระยะสั้น ประกอบกับการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านการใช้แผนผังมโนทัศน์ที่แทรกอยู่ในขั้นตอนของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งมีระยเวลาน้อยเกินไป ผู้สอนจึงไม่สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้การวิเคราะห์เชิงลึกได้เพียงพอ จึงทำให้ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Odreman & Clyens (2020) พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์ ที่ใช้ระยะเวลา 50 นาที ในช่วงสรุปผลการเรียนรู้ด้วยแผนผังมโนทัศน์ ส่งผลให้นักศึกษามีการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้เวลาในส่วนนี้เพียง 30 นาที จึงควรเพิ่มระยะเวลาการเรียนรู้ด้วยแผนผังมโนทัศน์ในขั้นอภิปรายและสรุปผลการเรียนรู้ ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่สูงขึ้นได้

เมื่อพิจารณาระดับของความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อม นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.45 เป็นร้อยละ 14.52 จึงอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยสถานการณ์มีส่วนประกอบของเหตุการณ์สำคัญที่ควรระมัดระวังในการรักษาโรคเบื้องต้น และหลักการพิจารณาจ่ายยาหรือให้การรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งมีกรอบคร่าวหรือผู้ดูแลในเหตุการณ์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งนักศึกษาสามารถถกคิดและนำไปวิเคราะห์พิจารณาได้ รวมทั้ง การจัดการเรียนรู้โดยใช้แผนผังมโนทัศน์ในช่วงขั้นอภิปรายและสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ ส่งผลให้นักศึกษาได้เชื่อมโยงแนวคิดกับสถานการณ์จำลองและสามารถสรุปรวบยอดความคิดได้ จึงเกิดการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Odreman & Clyens (2020) พบว่าการใช้แผนผังมโนทัศน์ในช่วงขั้นอภิปรายและสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ สามารถพัฒนาการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแผนผังมโนทัศน์สามารถพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเตรียมความพร้อมในการวิจัยนี้ ใช้เวลาเพียง 2 วัน ซึ่งมีระยะเวลาที่จำกัด และเป็นสถานการณ์จำลองภายใต้ระบบทางเดินหายใจเท่านั้น ซึ่งอาจขาดความหลากหลายของสถานการณ์ที่มากพอในการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ห้อย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้ง แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ อาจทำให้มีการวัดผลที่คลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ควรออกแบบโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมการจัดแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่มอาการในการจำแนกกลุ่มอาการในการรักษาโรคเบื้องต้น โดยสถานการณ์ที่สร้างควรสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชา และใช้สถานการณ์ที่หลากหลาย เพื่อการพัฒนาทักษะการรักษาโรคเบื้องต้นเพิ่มขึ้น รวมทั้ง ควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และการติดตามทักษะการปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นภาคปฏิบัติ เพื่อวัดการคงอยู่ของทักษะหรือติดตามพัฒนาการของนักศึกษาได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากหมวดเงินกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2568

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice Hall.
- Chudjuajeen, S., Wutisukpaisan, S., & Khumsuk W. (2022). Simulation based learning: Application of nursing teaching. *The Journal of Boromarjonnani College of Nursing, Suphanburi*, 5(1), 17-31. (in Thai)
- Darwish, E., Jaradat, A., Ibrahim, N., Ghalib, K., Khonji, S., Gutierrez, R., & Garadah, T. (2023). The effect of a structured pre-briefing simulation session on medical students' competency. *Jordan Medical Journal*, 57(3), 282-288. <https://doi.org/10.35516/jmj.v57i3.1680>
- Facione, P. A. (2011). Critical thinking: What it is and why it counts. *Insight Assessment*, 1(1), 1-23. <https://www.law.uh.edu/blkely/advocacy-survey/Critical%20Thinking%20Skills.pdf>

- Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University. (2024). *Report of field experience implementation*. Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University. (in Thai)
- Jefferies, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26, 96-103.
- Kusoom, W., & Tongvichean, S. (2017). Developing critical thinking skill for nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 1-8. (in Thai)
- McCarrick, C. A., Moynihan, A., Khan, M. F., Lennon, F., Stokes, M., Donnelly, S., Heneghan, H. & Cahill, R. A. (2024). Impact of simulation training on core skill competency of undergraduate medical students. *Journal of Surgical Education*, 81(9), 1222-1228. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2024.06.006>
- Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022). *Thailand higher education plan for manpower production and development 2021-2027; Revised 2023-2027*. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (in Thai)
- Odreman, H. A., & Clyens, D. (2020). Concept mapping during simulation debriefing to encourage active learning, critical thinking, and connections to clinical concepts. *Nursing education perspectives*, 41(1), 37-38. <http://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000445>
- Palacheewa, N., Thangkratok, P., & Wattradul, D. (2021). Development of integration teaching-academic service-research model of primary medical care course for nursing student. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 184-196. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2003). *Internal quality assessment manual for colleges under the Boromarajonani College of Nursing: Measurement and evaluation of indicators for nursing colleges*. Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Rishipathak, P., Vijayraghavan, S., & Hinduja, A. (2020). Concept map prebriefing versus traditional prebriefing in ischemic stroke management amongst EMS students of Pune, India. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(1), 420-425. <https://doi.org/10.37506/v11/i1/2020/ijphrd/193854>
- Tantalanukul, S., Rattanasak, S., Sengpanich, C., Srisung, W., & Tungkawanich, T. (2016). The effect of simulation-based learning on the ability development of primary medical care practicum of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1), 49-58. (in Thai)

- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). Regulation of the Thailand Nursing and Midwifery Council on limitations and conditions for the practice of nursing and midwifery B.E. 2564 (2021). *Royal Thai Government Gazette*, 138 Part 53 Ng, 28-38. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NP.PDF> (in Thai)
- Thongmeekhaun, T., Sateuw, S., & Chuakompeng, A. (2017). Perception of students and preceptors towards clinical skills regarding basic medical treatment among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(special), 131-143. (in Thai)



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน
ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก
และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลประทาย
The Effects of Nutrition Health Promotion Program and Home Visit Service
on Food and Iron Supplement Consumption Behavior and Hematocrit
among Teenage Pregnancy Women in Prathai Hospital

สุธิดา โนรี¹, วรัญญา จิตรบรรทัด^{2*}

Suthida Noree¹, Waranya Jitbantad^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th)

(Received: March 24, 2025; Revised: July 13, 2025; Accepted: July 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประทาย จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.76, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.59, p < .001$)

พยาบาลฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้การดูแลตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประทาย

Registered Nurse (Professional Level), Prathai Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Sri Thammarat, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

◆
คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ, การเยี่ยมบ้าน, ยาเสริมธาตุเหล็ก, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group posttest-only design to compare the mean score of food and iron supplement consumption behaviors and hematocrit levels between an experimental group and a control group following the implementation of a nutrition-focused health promotion program combined with home visits. The sample consisted of 60 pregnant adolescents receiving antenatal care at Prathai Hospital, selected through convenience sampling. The experimental group ($n = 30$) received the nutrition health promotion program and home visits in addition to routine nursing care, while the control group ($n = 30$) received only routine nursing care. Research instruments included a personal information form and a questionnaire on food consumption and iron supplement intake, with Cronbach's alpha coefficient of .78. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores in food consumption behaviors and iron supplement intake than the control group ($t = 7.76$, $p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly higher hematocrit levels compared to the control group after the intervention ($t = 5.59$, $p < .001$).

These findings suggest that antenatal care nurses can effectively apply a nutrition-focused health promotion program combined with home visits to support pregnant adolescents. This approach provides context-sensitive care and promotes health understanding, thereby encouraging appropriate self-care behaviors during pregnancy.

Keywords: Nutrition health promotion program, Home visits, Iron supplementation, Teenage pregnancy, Hematocrit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำมากถึงร้อยละ 90 และการเสียชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี มีสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรประมาณร้อยละ 11 ของหญิงคลอดทั้งหมด (World Health Organization, 2017) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 18 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ.2565 เหลือเพียง 1.1 ต่อพันประชากรในปี พ.ศ. 2582 เช่นเดียวกับ

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ลดลงจาก 53.4 ต่อพันประชากรในปี พ.ศ. 2564 เหลือเพียงเท่ากับ 31.3 ต่อพันประชากรและมีแนวโน้มจะลดลงอีก แม้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลง แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น ต่อเด็กที่จะเกิดมา ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติในภาพรวม (Bureau of Reproductive Health, 2021)

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากที่สุด โดยมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี (Worasing, 2016) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความต้องการพลังงานและสารอาหาร โดยเฉพาะธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หากในขณะตั้งครรภ์มีการสะสมของธาตุเหล็กน้อย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้มากยิ่งขึ้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นลม ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอาจเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดได้ ด้านทารกพบว่ามีโอกาสเจริญเติบโตช้า และคลอดก่อนกำหนด (Jaranai et al., 2018) อย่างไรก็ตามภาวะโลหิตจางนี้ สามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ และส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม (Pliwma & Budsayapanpong, 2022)

โรงพยาบาลประทาย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 14 ตำบล รับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลบัวใหญ่ และโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เปิดให้บริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ 4 วันต่อสัปดาห์ มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการ ปี 2564-2566 รวมทั้งสิ้น 665 ราย จากการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์มากถึง 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6 และพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18 และมีน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 9 กิโลกรัม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลหลักที่ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อมาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลประทาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ และตรวจวัดค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครั้งที่ 1 พร้อมให้ยาบำรุงเลือดและแอสปาวด์ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ ตามการนัดฝากครรภ์ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การให้การพยาบาลไม่ได้แยกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นออกจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (Prathai Hospital, 2023) จากสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลประทายร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กิจกรรมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ไม่สอดคล้องกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้ไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือมีการฝากครรภ์ล่าช้า ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Tashara et al., 2015) การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้รับความรู้และความ

มั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ สามารถจัดการอุปสรรคในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์ (Lamoh et al., 2021) คณะผู้วิจัย ได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลประทาย ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมภาคอีสาน ร่วมกับการเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรม การรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษานี้ จะนำไปสู่แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

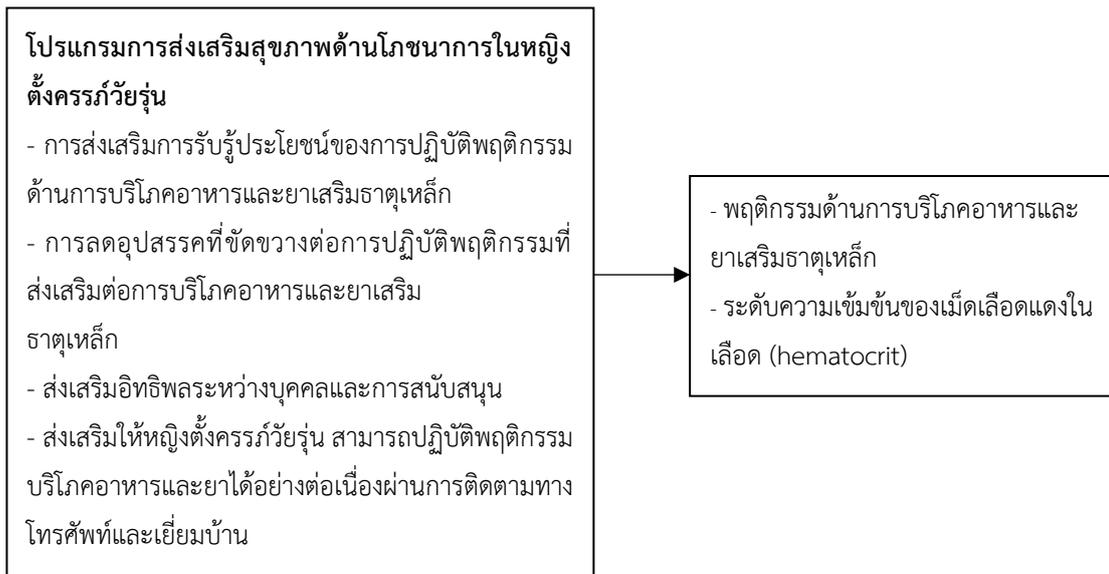
เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้านและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้านในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้แนวคิดของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) ซึ่งให้ความสำคัญกับความเชื่อ ความรู้ และทักษะควบคู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น สังคมและครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน นำไปสู่การมีสุขภาพกาย ใจ และสังคมที่ดีขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง ออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมให้มีการประเมินความเชื่อในการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ระหว่างตั้งครรภ์ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมภาคอีสาน เพื่อขจัดอุปสรรคในการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก มุ่งเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ การลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ การส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม และนอกจากนี้มีการติดตามและประเมินผลของโปรแกรมเป็นระยะด้วยการเยี่ยมบ้านและติดตามผลค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการได้รับโปรแกรมห้ดังกล่าว โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลประทาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (quasi-experimental research, two groups posttest only design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับสถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Sanitlou et al., 2019) การทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Boonyaprapapan et al. (2018) เท่ากับ .82 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุน้อยกว่า 20 ปี นับวันกำหนดคลอด 2) มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 16±2 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอายุครรภ์และสูติกรรมขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แท้งคุกคาม ครรภ์แฝด และโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เป็นต้น 4) สื่อสาร พูดและเขียนได้ดี และ 5) สามารถติดตามเยี่ยมบ้านและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ย้ายที่อยู่หรือย้ายสถานที่ฝากครรภ์ 2) ยุติการตั้งครรภ์ และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยครบกระบวนการ คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ลำดับที่ 1-30 เป็นกลุ่มควบคุม และลำดับที่ 31-60 เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง 2) การลด อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 3) ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม และ 4) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องต่อเนื่อง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการทั่วไป โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน

1.2 แผนการสอนและสื่อการสอน เรื่อง การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.3 คู่มือการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีเนื้อหาเหมาะสม ผ่านการปรับปรุงเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้นำไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว/ผู้ปกครอง การวางแผนการตั้งครรภ์ และแบบบันทึกผลค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือด (Hematocrit) จากเวชระเบียน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของ Boonyaprapapan et al. (2018) จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก จำนวน 8 ข้อ 2) การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 2 ข้อ 3) การงดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 1 ข้อ 4) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 3 ข้อ และ 5) การป้องกันภาวะโลหิตจางและการดูแลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 6-7 วัน 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-5 วัน 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0-54 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้ (Bloom, 1986)

น้อยกว่า 32 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง 32-43 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
มากกว่า 43 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฝากครรภ์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน โดยโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา หลังจากนั้นโปรแกรมไปทดลองใช้แล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .82 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประทาย โดยได้ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครจากการมารับบริการฝากครรภ์ที่รับโรงพยาบาลประทาย โดยให้เอกสารเพื่อชี้แจงการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร โดยให้กลุ่มอาสาสมัครเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโดยการติดต่อผู้วิจัยเอง เมื่อผู้วิจัยได้รับการติดต่อ จะทำการนัดพบกลุ่มอาสาสมัคร ในวันเวลาที่อาสาสมัครเป็นผู้กำหนด ซึ่งสถานที่จะเป็นที่โรงพยาบาลประทาย เพื่อลดการตีตราจากชุมชน และใช้เวลาพูดคุยซักถามในห้องที่มีความมิดชิดเป็นส่วนตัว

2. ผู้วิจัยได้คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดหมายเพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรมเป็นรายบุคคลเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ตามนัดและการติดตามเยี่ยมบ้าน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่	กิจกรรม
1	<p><u>อายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์</u> ระยะเวลา 20-30 นาที</p> <p>ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>ขั้นที่ 2 แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ครั้งที่ 1</p> <p>ขั้นที่ 3 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้</p> <p>3.1 ชมวิดีโอการ์ตูน ใช้เวลา 5 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และแนวทางการป้องกันเพื่อให้กลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับภาวะภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์</p> <p>3.2 ให้ความรู้ตามน้ำหนักส่วนค่า BMI ขณะตั้งครรภ์โดยใช้สื่อภาพพลิก ใช้เวลา 10 นาที</p> <p>3.3 ชมวิดีโอสถานการณ์บุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ ชื่อเรื่อง "แม่วัยรุ่น ป้องกันภัยชีวิตตอนท้องได้" และร่วมกันอภิปรายพฤติกรรมใช้เวลา 5-10 นาที</p> <p>3.4 เล่นเกมส์ มีชื่อว่า "เลือกอาหารดีไม่มีซีดจาง" มีจานอาหารกระดาษให้ จำลองเป็นจานอาหารที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องรับประทาน และมีบัตรคำอาหารวางอยู่บนโต๊ะ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกบัตรคำอาหารฝึกทักษะ การเลือกรับประทานอาหาร ใช้เวลา 10 นาที</p>
2	<p><u>อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์</u> เยี่ยมบ้าน ระยะเวลา 20-25 นาที ต่อคน</p> <p>ขั้นที่ 4 ทบทวนความรู้จากครั้งที่ 1 โดยใช้สื่อภาพพลิก ใช้เวลา 10 นาที สอบถามถึงอุปสรรคที่พบ และเสนอแนะวิธีที่ได้แก้ไขให้กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>ขั้นที่ 5 รายงานบันทึกการรับประทานอาหาร 24 ชม.และบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และนัดติดตามทางโทรศัพท์ อีก 1 สัปดาห์</p>
3	<p><u>อายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์</u> ระยะเวลา 5-10 นาที</p> <p>ขั้นที่ 6 ติดตามเยี่ยมบ้านทางการโทรศัพท์ เพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขณะอยู่ที่บ้านและปัญหาที่พบ และนัดสัมภาษณ์วันนัดตรวจครรภ์ครั้งถัดไป</p>
4	<p><u>อายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์</u> ระยะเวลา 20-30 นาที</p> <p>ขั้นที่ 7 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ผ่านมา และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ประเมินผล ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม (posttest)</p>

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่ม 2 ครั้ง และให้บริการฝากครรภ์ตามปกติ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ครั้งที่ 1 จากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจจากแพทย์ และแจ้งวันนัดพบครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ โดยให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก (posttest) ใช้เวลา 10 นาที และติดตามระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครั้งที่ 2 จากใบรายงานผลเลือดของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกฝากครรภ์ โดยทดสอบ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา เลขที่ NRPH 166 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลในการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษและเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ในการนำเสนอเป็นแบบภาพรวม ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ใช้โปรแกรมปกติ อายุเฉลี่ย 16.73 ปี มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ร้อยละ 76.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น ร้อยละ 50.00 ส่วนมากอาศัยเป็นครอบครัวขยาย คือ อาศัยอยู่กับ บิดา มารดาหรือญาติ ถึงร้อยละ 73.30 สถานะสมรส ร้อยละ 70.00 และการได้รับข้อมูลข่าวสารหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูล ร้อยละ 60.00 สำหรับกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อายุเฉลี่ย 17.33 ปี มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มากถึงร้อยละ 90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 ยังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น ร้อยละ 43.33 ส่วนมากอาศัยเป็นครอบครัวขยาย คือ อาศัยอยู่กับ บิดา มารดาหรือญาติ ถึงร้อยละ 80.00 สถานะสมรส ร้อยละ 73.00 ตามลำดับ การได้รับข้อมูลข่าวสารหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูล ร้อยละ 73.00 การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher' s exact test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Fisher's test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					2.22	.23
13-15 ปี	5	16.67	10	33.33		
16-19 ปี	25	83.33	20	60.61		
อาชีพ					0.00	1.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	60.00	18	60.00		
ประกอบอาชีพ	12	40.00	12	40.00		
ระดับการศึกษา					.067	1.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	56.67	16	53.33		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	43.33	14	46.67		
รายได้					.80	.55
5,000 – 15,000 บาท	24	80.00	21	70.00		
มากกว่า 15,000 บาท	6	20.00	9	30.00		
สถานภาพสมรส					.82	1.00
สมรส	22	73.33	21	70.00		
ไม่สมรส	8	26.67	9	30.00		
ลักษณะครอบครัว					.37	.76
ครอบครัวเดี่ยว	6	20.00	8	26.67		
ครอบครัวขยาย	24	80.00	22	73.33		
การตั้งครรภ์					.42	.75
ครรภ์แรก	23	76.67	25	75.76		
ครรภ์หลัง	7	23.33	5	16.67		
ความต้องการการตั้งครรภ์					1.92	.30
ตั้งใจ	3	10.00	7	23.33		
ไม่ได้ตั้งใจ	27	90.00	23	76.67		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร					1.20	.41
ไม่เคย	22	73.33	18	60.00		
เคย	8	26.67	12	40.00		

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.76, p < .001$) และ

มีคะแนนเฉลี่ยและของระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.59, p < .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	t	p-value
	(n = 30)		(n = 30)				
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก	48.33	2.84	42.63	2.84	5.70	7.76**	< .001
ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง	34.77	2.96	34.10	3.32	.66	5.59**	< .001

** $p < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายผลตามกิจกรรมในโปรแกรมได้ ดังนี้

การส่งเสริมความรู้และการใช้สื่อร่วมสอน เป็นการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคโลหิตจางและการป้องกันโรคโลหิตจาง การส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สอดคล้องกับความเชื่อในการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์ มีทั้งคู่มือและภาพนิ่งในการบรรยาย และจัดทำสื่อออนไลน์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งการให้ความรู้โดยใช้การสอนร่วมกับการใช้สื่อเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นหากมีภาวะโลหิตจาง สอดคล้องตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) รวมทั้ง มีกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว ได้ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของอุปสรรคที่ไม่สามารถรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Waeberheng et al. (2019). พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง และความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 29 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamoh et al. (2021) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้ รวมทั้ง การศึกษาของ Sajjapod et al. (2024) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของ Boonyaprapapan et al. (2018) พบว่าโปรแกรมการ

สนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบันทึกการรับประทานอาหารและยาใน 24 ชั่วโมง เป็นการติดตามพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้านของกลุ่มทดลอง จากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม การได้รับความสนใจจากครอบครัว และจดการบันทึก เป็นแรงสนับสนุนให้กลุ่มทดลองดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanvatr et al. (2024) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กหลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน และมีความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการรับรู้ปัญหาอุปสรรคของตนเอง และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความเข้าใจบริบทของครอบครัว สามารถจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ และความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lertmongconsamut et al. (2019) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายด้วยการเยี่ยมบ้านมีพฤติกรรมดูแลตนเองและมีค่าความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamoh et al. (2021) พบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของตนเอง โดยการร่วมวิเคราะห์ และหาทางออกร่วมกันของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในกลุ่มที่ได้รับการฝากครรภ์ตามปกติ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลต่อระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มสูงขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการวัดหลังการทดลองเพียงอย่างเดียว ขาดการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง จนถึงหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประสานงานระหว่างพยาบาลและนักโภชนาการ เพื่อหาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยมีการจัดโปรแกรมการสอนให้มีความสอดคล้องกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน
2. ควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เสริมพลังให้หญิงตั้งครรภ์ มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการติดตามวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง และติดตามความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง จนถึงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I-Cognitive domain*. David McKay.
- Boonyaprapapan, T., Sangin, S., & Siriarunrat, S. (2018). Effects of the educative supportive program on self-care behavior and hematocrit level among pregnant women with iron deficiency anemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(4), 40-50. (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health. (2021). *Statistics on adolescent mothers' births, Thailand, 2021*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/4304#wow-book/> (in Thai)
- Jaranai, P., Nirattharadorn, M., & Buaboon, N. (2018). The effect of a nutrition promotion program on the nutritional health behavior and hematocrit levels of adolescent pregnant women. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(1), 59-69. (in Thai)
- Lamoh, S., Youngwanichsetha, S., & Thitimapong, B. (2021). The effects of nutrition promotion program on food and iron supplement consumption behaviors and hematocrit among teenage pregnant women with anemia. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 31(1), 224-236. (in Thai)

- Lertmongconsamut, A., Kompayak, J., & Nateetanasombat, K. (2019). The effects of transactional program by home visit and application Line on self-care behaviors in adolescent pregnant women with iron deficiency anemia. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 48-58. (in Thai)
- Pender, J. N., Murdaugh, G. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (5th ed.). Prentice Hall.
- Phanvatr, A., Chaeye, K., Wongpalee, J., Nuntakhang, C., & Wattakajatuporn, S. (2024). Effects of self-care and medication promotion program on dietary and iron supplement consumption behavior and blood concentration in pregnant women with anemia at San Sai Hospital, Chiang Mai Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 32(3), 86-100. (in Thai)
- Pliwma, S., & Budsayapanpong, H. (2022). Development of a promotive care model for anemic pregnant women at Chainat Narentorn Hospital. *Singburi Hospital Journal*, 31(2), 165–179. (in Thai)
- Prathai Hospital. (2023). *Health service performance report, fiscal year 2023*. Prathai Hospital.
- Sajjapod, M., Malasri, N., & Tantanokit, J. (2024). Effects of the nutrition promotion program on health behaviors and hematocrit in pregnant women with anemia. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 39(4), 506-518. (in Thai)
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*Power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 5(1), 497-507. (in Thai)
- Tashara, I. F., Achen, R. K., Quadras, R., D'Souza, M. V., D'Souza, P. J. J., & Sankaret, A. (2015). Knowledge and self-reported practices on prevention of iron deficiency anemia among women of reproductive age in rural area. *International Journal of Advance in Scientific Research*, 1(7), 289-292. <https://doi.org/10.7439/ijasr.v1i7.2368>
- Waeberaheng, W., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2019). Factors influencing eating and iron supplement intake behaviors for anemia prevention in pregnant women. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(3), 15-28. (in Thai)
- Worasing, T. (2016). Pregnancy outcomes between teenage pregnancy and adult pregnancy. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 31(2), 61-69. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *Updated WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum hemorrhage*. World Health Organization.



บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด Development of a Sucking and Swallowing Readiness Program for Preterm Infants

นวรรตน์ อธิณัฐวัฒน์¹, สุวิมล โรจนาวี^{2*}

Nawarat Atinuwat¹, Suwimon Rojnawee^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Suwimon.r@chula.ac.th)

(Received: March 25, 2025; Revised: July 30, 2025; Accepted: August 2, 2025)

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักประสบปัญหาความไม่พร้อมในการดูดกลืน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูดนมมารดา จึงควรส่งเสริมให้มารดามีบทบาทในการเตรียมความพร้อมการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32–36⁺⁶ สัปดาห์ และศึกษาระดับความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาการดูดกลืน และออกแบบโปรแกรม 2) การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม และ 3) การประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า มารดามีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในแต่ละด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความพึงพอใจในด้านกระบวนการขั้นตอนสูงที่สุด ($M = 25.80, SD = 2.14$) รองลงมาคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 18.00, SD = 1.00$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($M = 17.33, SD = .81$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาโปรแกรม นำไปสู่การดำเนินการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, การดูดกลืน, ทารกเกิดก่อนกำหนด

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract

Preterm infants frequently encounter challenges associated with inadequate swallowing readiness, which can negatively affect breastfeeding efficiency. Therefore, promoting maternal involvement in preparing infants for swallowing readiness is crucial. This research and development study aimed to design and implement a swallowing readiness program for preterm infants with a gestational age between 32 and 36⁺⁶ weeks and examine the level of maternal satisfaction with the implementation of the readiness program for sucking and swallowing in preterm infants. The development process comprised three phases: 1) assessment of the problems related to swallowing readiness among preterm infants and initial program design; 2) program development and quality validation; and 3) program implementation and outcome evaluation. Data collection was conducted using a maternal satisfaction assessment tool, and the data were analyzed using descriptive statistical methods.

The findings indicated statistically significant differences in maternal satisfaction across program components ($p < .05$). The highest level of satisfaction was reported for the procedural component ($M = 25.80$, $SD = 2.14$), followed by the perceived benefits ($M = 18.00$, $SD = 1.00$), and knowledge and understanding ($M = 17.33$, $SD = .81$). The overall mean score across the three domains indicated that the mothers had a high level of satisfaction.

The outcomes of the program development provide a foundation for subsequent quasi-experimental research aimed at evaluating the program's effectiveness in enhancing breastfeeding efficiency among preterm infants.

Keywords: Readiness, Sucking, Preterm infants

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต เนื่องจากปอดยังไม่สามารถสร้างสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ได้เพียงพอ จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว และส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Gracia et al., 2024) การใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับนมทางสายยางให้อาหาร และการแยกจากมารดา ทำให้ทารกขาดโอกาสในการฝึกดูดกลืนด้วยตัวเอง ขาดความพร้อมในการดูดนมมารดา และเมื่อพ้นจากภาวะวิกฤต ทารกต้องใช้เวลาเรียนรู้วิธีการดูดนมจากเต้านานขึ้น (Parker et al., 2021) ร่วมกับทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีแรงในการดูดกลืนนมน้อย เนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูดและการกลืนไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความสามารถในการดูดกลืน และการหายใจไม่สัมพันธ์กัน ทารกจึงไม่

สามารถดูคนมาจากด้านมมารดาได้ ส่งผลทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง และน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น (Greene et al., 2023) อีกทั้ง ทำให้ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Fucile et al., 2022)

สถานการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกพบมากถึง 13.4 ล้านคนต่อปี (Okwaraji et al., 2024) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มคงที่ แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างเห็นได้ชัดจนในทารกคลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุในครรภ์มารดา 24-36⁺ สัปดาห์ จากข้อมูลในปี พ.ศ.2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 10.42 และ 11.61 ตามลำดับ (Maternal and Child Health Standards Reporting Group, 2023) และข้อมูลจากโรงพยาบาลพุทธโสธรพบอัตราทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.26 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 11.38 ในปี พ.ศ. 2566 (Medical Records and Statistics Unit Buddhasothorn Hospital, 2023) ซึ่งหนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่สุดของทารกเกิดก่อนกำหนดต้องเผชิญ คือ ปัญหาในการดูดกลืนนมจากเต้ามารดา จากผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Pados et al. (2021) พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีปัญหาการกินและการดูดกลืนสูงถึงร้อยละ 42 ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในระยะยาว

การเตรียมความพร้อมการดูดกลืนมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการดูดนมมารดา รวมทั้ง การให้ความรู้แก่มารดาเพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดทำให้นมที่ถูกต้อง การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Kuasakul et al., 2019; Wetchakama & Sriwongchai, 2023) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และการให้ทารกอยู่กับมารดาในห้องพักสำหรับมารดา (Theurich et al., 2021) รวมทั้ง การนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดกลืนให้แข็งแรง และทำให้ทารกสามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Yurita et al., 2022) มีระยะเวลาในการหัดดูดนมลดลง และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง (Bandyopadhyay et al., 2023) และมารดามีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสำเร็จมากขึ้น (Atay et al., 2024) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดูดกลืนมีหลากหลาย แต่ยังมีข้อจำกัด เช่น มุ่งเน้นเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านทารก โดยการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืน (Limpatham et al., 2016) หรือเน้นส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา แม้ว่าบางโปรแกรมมีการนวดปากร่วมด้วย แต่จุดเน้นของโปรแกรมหักจะกล่าวเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ และทักษะของมารดาในการให้นมบุตรมากกว่าการเตรียมความพร้อมของทารกในด้านกลไกการดูดกลืนโดยตรง (Boonchalerm et al., 2012) ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนที่ครอบคลุมทั้งด้านทารกและมารดา โดยออกแบบให้เริ่มเตรียมความพร้อมตั้งแต่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล มีขั้นตอนที่ชัดเจน ครอบคลุมการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืนของทารก การจัดทำในการให้นม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพในการดูดนมมารดาได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ศึกษาระดับความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

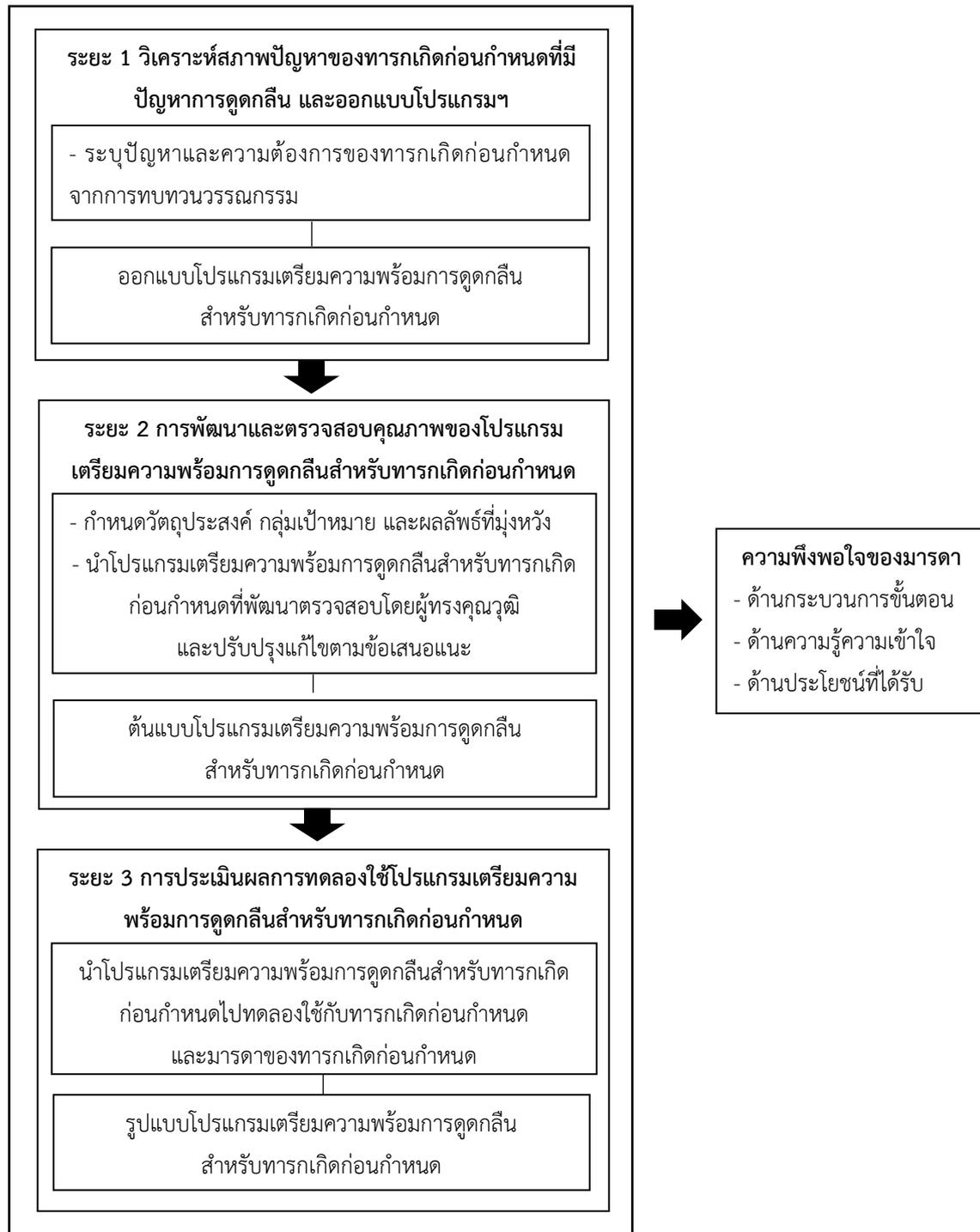
โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดนี้ พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดของทฤษฎีพัฒนาการทารก (Synactive theory of development) ของ Als (1982) เน้นการปรับตัวและการตอบสนองของทารกแรกเกิดต่อสิ่งแวดล้อม ผ่านการทำงาน 5 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ 2) ระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว 3) ระบบพฤติกรรมกลับคืน 4) ระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์ และ 5) ระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการของระบบต่าง ๆ ไม่สมบูรณ์ จึงมีความต้องการในดูแลเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังเกิดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในบทความวิจัยนี้ นำเสนอขั้นตอนและผลการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด โดยดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาการดูดกลืน

กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาที่ต้องการพัฒนา โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารวิจัย (documentary research) เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหา ทำการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 22 ฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือระดับ 1-2 และพิจารณาความเป็นไปได้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะสม พบว่ามีปัญหาที่ต้องการพัฒนา ดังนี้ 1) ความไม่พร้อมในการดูดกลืน เนื่องจากระบบประสาทและกลไกการดูด การกลืน และการหายใจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ 2) การใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับนมทางสายยางให้อาหาร และการแยกจากมารดา ทำให้ทารกไม่มีโอกาสฝึกดูดกลืนด้วยตัวเอง จึงไม่พร้อมในการดูดนมมารดา และเมื่อพ้นจากภาวะวิกฤตทารกต้องใช้เวลาเรียนรู้วิธีการดูดนมจากเต้านมมารดานานขึ้น ส่งผลให้ลดประสิทธิภาพในการดูดนมมารดา และ 3) ยังขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมในการเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านทารกหรือด้านมารดาเท่านั้น



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด

ระยะ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

2.1 จากสภาพปัญหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำร่างแบบโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยนำทฤษฎีพัฒนาการทารก (synactive theory of development) ของ Als (1982) ร่วมกับการนวดปากของ Lessen (2008) มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรม

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ คือ พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยอ้างอิงข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32-36⁺ สัปดาห์ และมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยกำหนดผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง คือ ความเหมาะสมของโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประเมินระดับความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

2.3 ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด (neonatologist) 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทารกเกิดก่อนกำหนด 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 2 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของโปรแกรมกับวัตถุประสงค์ โดยพิจารณาให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถึง 4 คะแนน หมายถึง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์มาก พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม (item-content validity index) เท่ากับ .96 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (scale-content validity index) เท่ากับ .80 โดยด้านเนื้อหาและขั้นตอนในโปรแกรมมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 100 และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ระบุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในแต่ละระบบย่อย เพื่อกำกับติดตามว่าสามารถทำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่ 2) เพิ่มการสังเกตสัญญาณของทารกก่อนให้นม โดยการสอนมารดา และให้มารดาสามารถประเมินทารกได้ และ 3) เพิ่มการอุ้มทารกในท่าพาดบ่าหรือจัดท่านั่งกึ่งนอนให้ศีรษะอยู่ในระดับสูงมากกว่า 45 องศา เพื่อไล่ลมในกระเพาะอาหาร และป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำนม ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม

ระยะ 3 การประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดหลังการทดลองอย่างเดียว (quasi-experimental research, one groups posttest only design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 25 กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32-36⁺⁶ สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power สำหรับสถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อการทดสอบสองเดียว กำหนดขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยของ Mahmoodi et al. (2019) เท่ากับ .87 อำนาจการทดสอบ .80 ค่าความคาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของมารดา ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร เช่น ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ไม่ใช้ยารักษาโรคประจำตัวที่ผ่านทางน้ำนม หรือมีความเสี่ยงต่อโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 3) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 4) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ 5) มีหัวหน้า ลานนม และเต้านมปกติ โดยใช้แบบประเมินของโรงพยาบาลศิริราช (Peanpijarn, 2015) และทารกมีอายุครรภ์ระหว่าง 32-36⁺⁶ สัปดาห์ ที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีความพิการแต่กำเนิดของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืนซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ และแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืน ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Dunabedian (1980) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Opele & Adepoju, 2024) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมารดา จากการสอบถามจากมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการขั้นตอน 2) ความรู้ความเข้าใจ และ 3) ประโยชน์ที่ได้รับ รวม 7 ข้อ โดยเป็นการระบุระดับความพึงพอใจระหว่าง 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน คือ ไม่พึงพอใจ และ 10 คะแนน คือ พึงพอใจมากที่สุด คิดคะแนนรวมแต่ละด้าน จำแนก 3 ระดับ ดังนี้ (Ketsing, 1995)

- ด้านกระบวนการขั้นตอน จำนวน 3 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน

ระหว่าง 21.00 – 30.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 11.00 – 20.99 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0.00 – 10.99 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

- ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านละ 2 ข้อ คะแนนรวมด้านละ

20 คะแนน

ระหว่าง 13.35 – 20.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 6.68 – 13.34 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0.00 – 6.67 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับโปรแกรมนี้ และท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงโปรแกรมหรือไม่ โดยให้มารดาเป็นผู้เขียนคำตอบในแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด จำนวน 5 คน คือ กุมารแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .85 นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน จำนวน 15 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขอตกลงใช้โปรแกรมที่หออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย และ

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงให้มารดาทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด อีกทั้งสามารถบอกเลิก ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับเช่นกัน และให้อิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นลงนามให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มทดลองใช้โปรแกรมการโดยดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ 2) ระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว 3) ระบบพฤติกรรมกลับตื่น 4) ระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์ และ 5) ระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล เป็นรายคน ๆ ละ 2 ครั้ง ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 ก่อนให้นมบุตร เวลา 9.00 น. ผู้วิจัยทำการสอนมารดาเกี่ยวกับการจัดหัวนม การจับเต้านม การจัดทำทารกเข้าเต้า การสังเกตสัญญาณการตอบสนองของทารกกับสิ่งแวดล้อม การสังเกตลักษณะอาการหายใจที่ผิดปกติ และการตอบสนองกับทารกผ่านการสบตาและพูดคุยอย่างเหมาะสม โดยใช้เวลา 45 นาที หลังจากนั้นให้มารดานำทารกเข้าเต้าเป็นเวลา 20 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 65 นาที

3.2 ครั้งที่ 2 ก่อนให้นมบุตร เวลา 12.00 น. ผู้วิจัยทบทวนมารดาโดยให้มารดาตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับร่วมกับฝึกปฏิบัติ หากมารดาอย่าสาธิตย้อนกลับไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยแนะนำ

เพิ่มเติมในประเด็นที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้มารดาทำด้วยตนเอง จนกระทั่งมารดาสามารถทำได้ด้วยตนเอง รวมระยะเวลา 40 นาที

4. ภายหลังสอนมารดาครั้งที่ 2 เสร็จสิ้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามความพึงพอใจให้กับมารดาภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม และขอให้มารดาประเมินแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามความพึงพอใจโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุล ได้ข้อมูลกลับคืนมา จำนวน 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และจากแบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดในแบบประเมินความพึงพอใจ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เอกสารเลขที่ BSH-IRB 006/2568 ในชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดูแลทารกต่อประสิทธิภาพการดูแลมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด วันที่รับรอง 7 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง 6 กุมภาพันธ์ 2569 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นการระบุตัวตน ข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และแบบสอบถามถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นการพัฒนาภายใต้แนวคิดของทฤษฎีพัฒนาการทารก (Synactive theory of development) ของ Als (1982) ซึ่งเน้นการปรับตัวและการตอบสนองของทารกแรกเกิดต่อสิ่งแวดล้อมผ่านการทำงาน 5 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ 2) ระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว 3) ระบบพฤติกรรมกลับคืน 4) ระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์ และ 5) ระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังเกิดได้อย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การจัดเตรียมอุปกรณ์ และ 2) การส่งเสริมการทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของทารก โดยมีรายละเอียดดังภาพ 2

โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด

1. การจัดเตรียมอุปกรณ์

สอนการจับเต้านมที่ถูกต้องให้กับมารดาโดยใช้หุ่นจำลอง เพื่อให้มารดาฝึกอุ้มทารก จัดเต้านม และ จัดท่าทารกได้ถูกต้อง โดยใช้อุปกรณ์ ดังนี้ 1) หุ่นจำลอง 2) เต้านมปลอม 3) ชุดเต้านมมารดาจำลอง



หุ่นจำลอง



เต้านมปลอม



ชุดเต้านมมารดาจำลอง

2. การส่งเสริมการทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของทารก

2.1 การส่งเสริมระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ

- เปลี่ยนผ้าอ้อม เพื่อให้ทารกรู้สึกสบาย
- ใช้ผ้าห่อตัวให้ความอบอุ่นแก่ทารก (swaddling)

2.2 การส่งเสริมระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว

- จัดท่าทารกโดยให้ศีรษะสูงกว่าลำตัวเล็กน้อยโดยใช้มือประคอง ศีรษะและแผ่นหลังให้ทารกอยู่ในท่านั่งกึ่งนอน

- การนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนของ Lessen (2008)

ใช้เวลารวม 5 นาที/ครั้ง นวดวันละ 2 ครั้ง

ทำการนวดก่อนการให้นม 15-30 นาที มือ 9:00 น. และมือ 12:00 น.

ติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด มี 8 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการนวดปาก

2.3 การส่งเสริมระบบพฤติกรรมกลับคืน

- จัดเตรียมสถานที่ คือ ห้องพักคอยสำหรับมารดา ผู้วิจัยกั้นม่านจัดความเป็นส่วนตัว และใช้ม่านกั้นบริเวณหน้าต่าง เพื่อป้องกันแสงธรรมชาติที่สว่างเกินไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยลดเสียงรบกวน โดยงดใช้เสียงจากเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ก่อให้เกิดเสียงรบกวน เช่น โทรทัศน์หรือโทรศัพท์มือถือขณะดำเนินการทดลอง และดำเนินกิจกรรมกับมารดา และทารกรายบุคคล โดยจัดให้ทารกอยู่ในห้องพักคอยสำหรับมารดาและมีความปลอดภัย โดยวางทารกในที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันทารกตกเตียง ดังภาพที่ 2

ในระหว่างดำเนินการจะมีเพียง มารดา ทารก และผู้วิจัยอยู่ด้วยเท่านั้น



ภาพที่ 2 ห้องพักคอยสำหรับมารดา

2.4 การส่งเสริมระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์

- สอนการจับเต้านมที่ถูกต้องให้กับมารดาโดยใช้หุ่นจำลอง เพื่อให้มารดาฝึกการอุ้ม และการจัดท่าทารก
- สอนให้มารดาสังเกตการสัญญาณการตอบสนองของทารก เช่น การตื่นตัว การดูดนิ้ว การอ้าปาก หรือการร้องเบา ๆ
- จัดท่าทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา ร่วมกับให้มารดาตอบสนองทารกผ่านการสบตาและการพูดคุยขณะทารกดูดเต้า

2.5 การส่งเสริมระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล

- ติดตามอาการและสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพทารกและภาวะผิดปกติในระหว่างดำเนินการ หากพบภาวะผิดปกติหยุดดำเนินการทันที

ภาพ 2 ขั้นตอนของโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด

2. ความพึงพอใจของมารดาต่อการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปมารดา พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 21-34 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยมารดาส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.66 ปี ($SD = 4.87$) และมีระดับการศึกษา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 และระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ

20.00 มีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 และไม่มีประสบการณ์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67

2.2 ความพึงพอใจการใช้โปรแกรม พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกระบวนการขั้นตอน ($M = 25.80, SD = 2.14$) รองลงมาคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 18.00, SD = 1.00$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($M = 17.33, SD = .81$) ตามลำดับ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ($n=15$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
กระบวนการขั้นตอน	25.80	2.14	มาก
ความเหมาะสมสำหรับมารดา	9.00	.65	
ความเหมาะสมสำหรับทารก	7.73	1.03	
ความเหมาะสมของระยะเวลา	9.07	.88	
ความรู้ความเข้าใจ	17.33	.81	มาก
ความชัดเจนและความเข้าใจ	9.27	.46	
การนำความรู้ไปใช้	8.07	.80	
ประโยชน์ที่ได้รับ	18.00	1.00	มาก
ประโยชน์ของโปรแกรม	8.87	.64	
ความพึงพอใจภาพรวม	9.13	.52	

2.3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะต่อโปรแกรม ดังนี้

“...เหมาะสมสำหรับคุณแม่ที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกมาก่อน ทำให้มั่นใจขณะอุ้มลูกเข้าเต้า เนื่องจากลูกตัวเล็กมาก ทำให้ไม่กล้าอุ้ม แต่ควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกจัดทำทารก การจับเต้านมให้มากกว่านี้” (ID5T1)

“ควรมีการทบทวนการเข้าเต้าก่อนกลับไปเลี้ยงเองที่บ้านอีกครั้ง และควรสอนให้มารดาสามารถนวดปากทารกให้เป็นด้วย” (ID12T1)

การอภิปรายผล

โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูแลทารกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมให้กับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32-36⁺⁶ สัปดาห์ เนื่องจากความไม่พร้อมของมารดาในการอุ้มบุตรเพื่อเข้าเต้า และความยากในการเริ่มฝึกทารกดูดนมจากเต้า ทำให้การเตรียมความพร้อมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเริ่มต้นดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการนำทฤษฎีพัฒนาการทารกของ Als (1982) ร่วมกับวิธีการนวดปากตามแนวทางของ Lessen (2008) มาประยุกต์ให้เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมการ

ดูตกส้นสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดา โดยเป็นการส่งเสริมการทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของทารก ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจมารดาที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มารดามีความพึงพอใจในด้านกระบวนการขั้นตอนสูงสุด รองลงมาคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ และด้านความรู้ความเข้าใจ โดยโปรแกรมฯ นี้มีกระบวนการขั้นตอนไม่ซับซ้อน มารดาสามารถเรียนรู้ได้ง่ายในระยะเวลาจำกัด ทำให้มารดาไม่เครียดเกินไป เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย อีกทั้งมารดารู้สึกปลอดภัยเมื่อทารกได้รับการนัดปากจากผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการนัดปากกระตุ้นการดูดกลืนแล้ว และมารดาพึงพอใจด้านความรู้ความเข้าใจน้อยสุด เนื่องจากการสอนและทบทวนเพียง 1 ครั้ง อาจไม่เพียงพอสำหรับมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามาก่อน จึงทำให้มารดาขาดความมั่นใจขณะนำทารกเข้าเต้า เนื่องจากประสบการณ์การให้นมบุตรของมารดาและการมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพร้อมของทารกในการเริ่มต้นดูดนมมารดาและนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูดนมมารดาที่ดี (Werneck et al., 2024) ทั้งนี้ความพึงพอใจของมารดาต่อโปรแกรม แสดงถึงความเหมาะสมของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดพัฒนาการของทารกซึ่งประกอบด้วยระบบต่าง ๆ ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ 2) ระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว 3) ระบบพฤติกรรมกรรมการหลับตื่น 4) ระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์ และ 5) ระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระบบการส่งเสริมระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยการเปลี่ยนผ้าอ้อมและการห่อตัว (swaddling) ก่อนการนัดปากกระตุ้นการดูดกลืน ทารกรู้สึกอบอุ่น และผ่อนคลาย ทำให้ทารกสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพการดูดนมมารดาสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2022) พบว่า การห่อตัวทำให้ทารกมีการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติดีขึ้น ส่งผลให้ทารกมีความตื่นตัว และแสดงออกถึงความมั่นคงทางสรีรวิทยา เช่น การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอุณหภูมิของร่างกายได้อย่างเหมาะสม

ระบบการส่งเสริมระบบการทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีพัฒนาการของกล้ามเนื้อที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการดูดกลืน หากทารกมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่องปากและสามารถประสานการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูด การกลืน และการหายใจได้อย่างสัมพันธ์กัน ทำให้สามารถดูดนมได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องหยุดพักบ่อย อีกทั้งได้รับปริมาณน้ำนมเพียงพอจากการดูดเต้านมในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงนำวิธีการนัดปากกระตุ้นการดูดกลืนของ Lessen (2008) มาประยุกต์ใช้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การนัดปากกระตุ้นการดูดกลืนสามารถพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อภายในช่องปาก ส่งเสริมความพร้อมในการดูดกลืน และทำให้ทารกสามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Yurita et al., 2022)

ระบบการส่งเสริมระบบพฤติกรรมกรรมการหลับตื่น โดยการจัดให้ทารกอยู่ในห้องพักคอยมารดาที่มีบรรยากาศเงียบสงบ และมีความปลอดภัย โดยวางทารกในที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันทารกตกเตียง และใช้ม่านกันบริเวณหน้าต่างเพื่อป้องกันแสงธรรมชาติที่สว่างเกินไป งดใช้เสียงจากเครื่องใช้ไฟฟ้าที่

ก่อให้เกิดเสียงรบกวน เช่น โทรทัศน์หรือโทรศัพท์มือถือระหว่างดำเนินกิจกรรม โดยดำเนินการแบบรายบุคคล มีเพียง มารดา ทารก และผู้วิจัยเท่านั้นที่อยู่ภายในห้องพักคอยมารดา เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น และทำให้ทารกสามารถเข้าสู่ภาวะตื่นอย่างเงียบสงบ (quiet alert) ซึ่งเป็นช่วงเวลาเหมาะสมในการเตรียมความพร้อมการดูดกลืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongsiri et al. (2022) พบว่า การได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มากเกินไป เช่น เสียงดัง แสงสว่างจัด ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดความเครียด ความสนใจในการดูดนมมารดาลดลง และส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูดนมมารดาลดลง

ระบบการส่งเสริมระบบท่าที่สนใจและปฏิสัมพันธ์ โดยการสอนมารดาจับเต้านมที่ถูกต้องโดยใช้หุ่นจำลองในการฝึกอุ้มและการจัดท่าทารก เพื่อให้ทารกอยู่ในท่าที่เหมาะสมสำหรับดูดเต้านมมารดา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ พบว่า การจัดท่าให้นมที่เหมาะสมและการอมหัวนมได้ลึก ทำให้สามารถดูดนมได้เต็มที่ และมีจังหวะการกลืนสม่ำเสมอ (Wetchakama & Sriwongchai, 2023) นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการส่งเสริมการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกผ่านการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) ขณะทารกดูดเต้า และให้มารดาตอบสนองทารกผ่านการสบตาตลอดจนการพูดคุยกับทารกในระหว่างการให้นม

ระบบการส่งเสริมระบบการปรับตัวเข้าสู่สมดุล เป็นการส่งเสริมการทำงานประสานกันของ 4 ระบบข้างต้นด้วยวิธีเตรียมความพร้อมการดูดกลืนอย่างเหมาะสม ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมได้เร็วขึ้น ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้ติดตามอาการและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความพร้อมของทารกในการตอบสนองต่อกิจกรรม และหยุดดำเนินกิจกรรมหากพบภาวะผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อลดความเครียด กระตุ้นการควบคุมตนเอง และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ทำให้ทารกแสดงพฤติกรรมความพร้อมในการดูดนม เช่น การดูดนิ้ว การกำมือ และการนำมือเข้าปาก เป็นต้น (Als, 1982)

โปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดนี้ สามารถเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในด้านเตรียมความพร้อมให้กับมารดา เพื่อให้ทารกมีประสิทธิภาพการดูดนมมารดา

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นเพียงขั้นตอนของการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด และประเมินผลของความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้กับบริบทของกลุ่มตัวอย่างภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย และประเมินความพึงพอใจของมารดาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้พยาบาลประจำหออภิบาลทารกแรกเกิด นำโปรแกรมเตรียมความพร้อมการดูดกลืนไปประยุกต์ใช้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในช่วงระยะก่อนทารกเริ่มดูดนม

จากเต้านมมารดา เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิผลการดูดนมมารดาที่ดี และควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การจัดทำทารก การจับเต้านม และการจัดหัวนม โดยเฉพาะในมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่เคยมีบุตรเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ และทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. นำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากร โดยสนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย ได้รับการฝึกอบรมการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและวัดประสิทธิผลของโปรแกรมในด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักตัวทารก ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล หรือประสิทธิผลการดูดนมมารดา เป็นต้น รวมทั้งในด้านมารดา ได้แก่ ความมั่นใจในการให้นมบุตร และความวิตกกังวลในการดูแลบุตร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H)
- Bandyopadhyay, T., Maria, A., & Vallamkonda, N. (2023). Pre-feeding premature infant oral motor intervention (PIOMI) for transition from gavage to oral feeding: A randomised controlled trial. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 16(2), 361-367. <https://doi.org/https://doi.org/10.3233/prm-210132>
- Boonchalerm, P., Prasopkittikun, T., Saengperm, P., & Jirasakuldej, W. (2012). The effects of a preparation program for mothers and preterm infants on maternal perceived self-efficacy in breastfeeding and breastfeeding effectiveness. *Thai Journal of Nursing*, 30(4), 61-71. (in Thai)
- Buddhasothorn Hospital. (2023). *Buddhasothorn Hospital statistics: Fiscal years 2022-2023*. Buddhasothorn Hospital.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Fucile, S., Samdup, D., MacFarlane, V., & Sinclair, M. A. (2022). Risk factors associated with long-term feeding problems in preterm infants: A scoping review. *Advances in Neonatal Care*, 22(2), 161-169. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000864>
- Ketsing, W. (1995). *Mean and its interpretation: A simple matter that is sometimes misunderstood*. *Journal of Educational Research News*, 18(3), 8-10. (in Thai)

- Lessen, B. S. (2008). *Effect of oral stimulation on feeding progression in preterm infants* (Publication No. 3345533) [Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/docview/304382392>
- Mahmoodi, N., Knoll, B.L., Keykha, R., Jalalodini, A., & Ghaljaei, F. (2019). The effect of oral motor intervention on oral feeding readiness and feeding progression in preterm infants. *Iranian Journal of Neonatology, 10*, 58-63. <https://doi.org/10.22038/ijn.2019.34620.1515>
- Okwaraji, Y. B., Bradley, E., Ohuma, E. O., Yargawa, J., Suarez-Idueta, L., Requejo, J., Blencowe, H., & Lawn, J. E. (2024). National routine data for low birthweight and preterm births: Systematic data quality assessment for United Nations member states (2000–2020). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 131*(7), 917-928. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.17699>
- Opele, J. K., & Adepoju, K. O. (2024). Validation of the Donabedian model of health service quality in selected states in Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice, 27*(2), 167–173. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_220_22
- Pados, B. F., Hill, R. R., Yamasaki, J. T., Litt, J. S., & Lee, C. S. (2021). Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: A meta-analysis. *BMC Pediatrics, 21*(1), 110. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>
- Parker, M. G., Stellwagen, L. M., Noble, L., Kim, J. H., Poindexter, B. B., & Puopolo, K. M. (2021). Promoting human milk and breastfeeding for the very low birth weight infant. *Pediatrics, 148*(5), e2021054272. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2021-054272>
- Peanpijarn, N. (2015). *Nursing manual for promoting mother-infant bonding and breastfeeding in the delivery room*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Smith, A. P., Sweeney, J. K., Ross, E. S., & Blackburn, S. (2022). Effects of swaddling during bottle feeding in preterm infants. *Advances in Neonatal Care, 23*(2), 182-191. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001042>
- Tongsiri, P., Manprasert, J., & Hongsiri, K. (2022). Stimulation of sucking and swallowing to promote breastfeeding in preterm infants. *Journal of Health Research and Nursing, 38*(3), 27-34. (in Thai)
- Werneck, B., Oliveira, J. C., Oliveira, C. G., Motta, A. R., Friche, A. A. L., & Furlan, R. (2024). Maternal perception of factors that interfere with breastfeeding of preterm newborns. *Codas, 36*(5), e20230252. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20242023252pt>

- Wetchakama, N., & Sriwongchai, L. (2023). The effects of breastfeeding positions and latch-on techniques on breastfeeding efficiency and neonatal jaundice. *Journal of Health Promotion and Environmental Health, 17*(2), 677-688. (in Thai)
- Yurita, N., Jumari, J., & Solihat, A. (2022). Giving oral massage is effective in increasing the suction reflex stimulus of LBW babies. *Journal of Complementary Nursing, 1*(3), 78-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.53801/jcn.v1i3.45>



บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ

ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี

Predicting Factors of Nutrition-Label Health Literacy

among Junior High School Students in Phetchaburi Province

สุชาดา บุญธรรม¹, วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก^{2*}, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์³

Suchada Boontham¹, Wirod Chinglek^{2*}, Atcharawadee Sriyasak³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wirod@pckpb.ac.th)

(Received: April 22, 2025; Revised: July 15, 2025; Accepted: July 16, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 102 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงมิถุนายน 2565 โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .98 แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการจีดีเอ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ($r = .47, .40; p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ได้ร้อยละ 27.60 ($R^2_{adj} = .276, p < .01$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
Registered Nurse (Senior Professional Level), Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

บุคลากรด้านสุขภาพในโรงเรียน ควรส่งเสริมความรู้โภชนาการ ผ่านการจัดการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับบริบทครอบครัวและเพื่อน เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึง เข้าใจ คำนวณ และการนำข้อมูลฉลากโภชนาการไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ฉลากโภชนาการ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the relationship and predictive power of nutrition knowledge, family influence, and peer influence on health literacy related to nutrition labels among lower secondary school students in Phetchaburi Province. The sample consisted of 102 students from Grades 7 to 9, selected through multistage random sampling from schools in Phetchaburi Province. Data were collected between August 2021 and June 2022, using a nutrition label knowledge questionnaire with a Kuder-Richardson 20 (KR-20) reliability coefficient of .95, a questionnaire on family and peer influence, and a health literacy scale related to the Guideline Daily Amounts (GDA) nutrition label, with Cronbach's alpha coefficients of .82 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that nutrition knowledge and the influence of family and peers were positively correlated with students' health literacy regarding nutrition labels ($r = .47, .40; p < .05$). These variables together explained 27.6% of the variance in health literacy scores ($R^2_{adj} = .276, p < .01$).

The findings suggest that school health professionals and nurse educators should promote nutrition-related health literacy by integrating teaching strategies that are connected to students' family and peer contexts. This approach may enhance students' abilities to access, understand, interpret, and apply nutrition label information effectively in their daily lives.

Keywords: Health literacy, Nutrition label, Junior high school students, Family and peer influences

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้รับความสนใจในระดับโลก เนื่องจากเป็นภัยเงียบที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย พบแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น

ในเด็กทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในช่วงวัย 6–14 ปี ซึ่งมีอัตราเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 13.3 ภายใน 3 ปี รวมทั้ง ในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีอัตราดังกล่าวเกินเป้าหมายระดับชาติที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 12 ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะจังหวัดเพชรบุรีที่พบอัตราเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี 2565–2567 พบร้อยละ 16.00, 16.15 และ 16.15 ตามลำดับ (Bureau of Health Promotion, 2023) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเรื้อรังที่ยังแก้ไขได้ไม่เต็มศักยภาพ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของจังหวัด ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และความหลากหลายของร้านค้ารอบสถานศึกษา จึงควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยผลการสำรวจระดับประเทศพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 6.1 ที่บริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ในขณะที่ร้อยละ 62.9 และ 77.8 บริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำ (Bureau of Nutrition, 2019; Institute for Population and Social Research, 2020) พฤติกรรมเหล่านี้ นำไปสู่การได้รับพลังงานเกิน เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงตั้งแต่วัยเด็ก นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและสังคม เช่น ความเครียด ความไม่มั่นใจ และปัญหาการเข้าสังคม ตลอดจนกระทบต่อสมาธิ การเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา รวมทั้ง เป็นภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (Bureau of Non-Communicable Diseases, 2022; World Health Organization, 2025)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น อิทธิพลของสื่อโฆษณาและโฆษณาผ่านโซเชียลมีเดีย เพื่อนฝูง และลักษณะเฉพาะของวัยที่กำลังแสวงหาอัตลักษณ์และการยอมรับ จึงมักเลือกอาหารที่มีรูปลักษณ์ดึงดูดใจ รสชาติถูกปาก แต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำ (Chung et al., 2021; Prybutok et al., 2024) ผู้เรียนที่ได้รับข้อมูลโภชนาการจากสื่อต่าง ๆ โดยไม่มีทักษะในการวิเคราะห์ มักเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน สะท้อนภาวะพร่องความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งลดความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น บริโภคพลังงานมากเกินไป แต่อาหารขาดสารอาหาร ไม่อ่านฉลากโภชนาการ หรือถูกตลาดเชิงพาณิชย์หลอกใช้โดยไม่รู้ตัว นำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน หรือภาวะขาดสารอาหาร และส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว (Prybutok et al., 2024; World Health Organization, 2025)

ฉลากโภชนาการคือ ข้อมูลที่แสดงปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน โซเดียม และสารอาหารสำคัญอื่น ๆ ช่วยให้ผู้บริโภคประเมินความเหมาะสมของอาหารต่อสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล และถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2022) ผลการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนจังหวัดเพชรบุรี พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ มีข้อจำกัดในการตีความและใช้ข้อมูลบนฉลากในการเลือกอาหาร ปัจจัยที่เอื้อต่อความรู้ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง (Sriyasak et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก

กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่า เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 52.6 (Division of Health Education, 2019; Singtong et al., 2020; Koedphaen et al., 2022) สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมทักษะด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้ฉลากโภชนาการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงด้านโภชนาการอย่างยั่งยืน

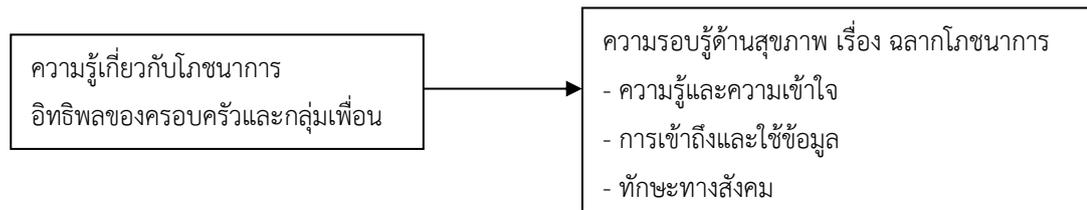
จังหวัดเพชรบุรีเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องโครงการ “เด็กไทยมีโภชนาการสมวัย” โดยบูรณาการหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่นในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 0-14 ปี สอดคล้องกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 182 พ.ศ. 2538 ที่กำหนดให้แสดงข้อมูลโภชนาการและ "ฉลากหวาน มัน เค็ม" บนบรรจุภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจบริโภคอย่างมีข้อมูล (Royal Institute of Thailand, 1999) สะท้อนถึงความมุ่งมั่นของภาครัฐในการรณรงค์พฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมมายาวนาน และความจำเป็นในการทบทวนแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเยาวชนอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ทำนายความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฉลากโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เลือกจังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากมีบริบทสังคมและเศรษฐกิจหลากหลายครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท อีกทั้ง มีการส่งเสริมโภชนาการจากหลายภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีเหตุผลและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ต่อความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฉลากโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ของ Nutbeam (2000) ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจ 2) การเข้าถึงและใช้ข้อมูล และ 3) ทักษะทางสังคม คัดเลือกตัวแปรที่ทำนายความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฉลากโภชนาการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ (Koedphaen et al., 2022; Singtong et al., 2020) อิทธิพลของครอบครัว และกลุ่มเพื่อน (Sriyasak et al., 2020; Nguyen et al., 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างตุลาคม 2564 - มกราคม 2565 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2564 ในโรงเรียนจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 9,122 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อายุระหว่าง 13-15 ปี ปีการศึกษา 2564 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาจังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือกร F-test, Statistical test เลือกร Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) เท่ากับ .05 และกำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 ตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 102 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ขั้นตอนแรกเป็นการสุ่มเลือกโรงเรียน จำนวน 3 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีขนาดใหญ่ จำนวนนักเรียนมากกว่า 720 คน ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มห้องเรียนจากแต่ละระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากระดับชั้นละ 1 ห้อง และขั้นที่ 3 เป็นการสุ่มเลือกนักเรียน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อนักเรียนในห้อง ๆ ละประมาณ 11-12 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 2) บิดามารดาหรือผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย และนักเรียนยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เจ็บป่วยหรือลาในช่วงที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ อาศัยอยู่กับบุคคลใด ระดับผลการเรียน เงินค่าใช้จ่ายในโรงเรียนต่อวัน และการรับประทานขนมขบเคี้ยวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

2. แบบสอบถามอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งนำมาจากการวิจัยของ Phuangphay et al. (2020) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อความทางบวกและทางลบ โดยข้อความทางบวกมี 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 ข้อความทางลบมี 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 5, 8 และ 10 คัดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Levin & Rubin, 1998)

ระหว่าง 1-16 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 17-32 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 33-50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งนำมาจากการวิจัยของ Phuangphay et al. (2020) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .98 จำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็นความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการจีดีเอ จำนวน 8 ข้อ ปริมาณพลังงานและสารอาหารสำหรับอาหารระหว่างมื้อที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน จำนวน 4 ข้อ ปริมาณพลังงานและสารอาหารสูงสุดที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน จำนวน 1 ข้อ และผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการรับประทานขนมขบเคี้ยว จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียวจาก 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คัดคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน คัดคะแนนที่ได้เทียบเป็นร้อยละ และจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 2006)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระหว่าง 12-15 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 9 - 11.99 คะแนน) หมายถึง ระดับพอใช้

ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 9 คะแนน) หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง

4. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการจีดีเอ ซึ่งนำมาจากการวิจัยของ Phuangphay et al. (2020) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ 7 ข้อ การเข้าถึงและใช้ข้อมูล 5 ข้อ และทักษะทางสังคม ด้านละ 5 ข้อ รวมเป็น 17 ข้อ เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียวจาก 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คัดคะแนนรวมระหว่าง 0-17 คะแนน คัดคะแนนที่ได้เทียบเป็นร้อยละ และจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 2006)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระหว่าง 14-17 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 10 - 13.99 คะแนน) หมายถึง ระดับพอใช้

ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 10 คะแนน) หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพ และการวิจัย มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (index of item-objective congruence: IOC) ในทุกรายข้ออยู่ระหว่าง .66-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .98 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย มอบเอกสารขออนุญาตจากผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารยินยอม และตัวอย่างแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยนำไปให้ผู้ปกครองอ่านและพิจารณาเซ็นยินยอมโดยสมัครใจ นำส่งคืนครูประจำชั้น และเพื่อให้มั่นใจว่านักเรียนได้อธิบายข้อมูลให้ผู้ปกครองได้รับทราบและเข้าใจอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นทำหน้าที่ติดตามสอบถามผู้ปกครองเกี่ยวกับเอกสารขออนุญาตจากผู้ปกครอง หากพบปัญหาผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยติดต่อพูดคุยกับผู้ปกครองโดยตรง เพื่อนัดหมายชี้แจงข้อมูลเพิ่มเติมอย่างละเอียด พร้อมตอบข้อซักถามและให้ความมั่นใจเกี่ยวกับสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองตัดสินใจโดยไม่กดดัน เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความถูกต้องและได้รับความยินยอมอย่างแท้จริง

3. เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานผ่านครูพยาบาลของโรงเรียน เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล โดยให้นักเรียนลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วแจกแบบสอบถามให้นักเรียนในห้องเรียน โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำมาบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ระดับอิทธิพลของความสัมพันธ์ของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการที่ดีด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของความสัมพันธ์ของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการที่ดี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Thato, 2018)

$r = 0$	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน
$r < 0.30$	หมายถึง ระดับต่ำ
r ระหว่าง 0.30 - 0.70	หมายถึง ระดับปานกลาง
$r > 0.70$	หมายถึง ระดับสูง

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการจีดีเอ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis: MRA) ด้วยวิธี stepwise โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Thato, 2018) ดังนี้ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ normal probability plot ซึ่งอยู่ในช่วง ± 3 อย่างสมมาตร ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) พบว่า ไม่เกิน .85 และไม่พบปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.06

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 14/2564 วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้ง การชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.65 มีอายุอยู่ในช่วง 12 - 15 ปี มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 36.28 รองลงมาคือน้ำหนักปกติคิดเป็นร้อยละ 36.27 เสี่ยงต่อภาวะอ้วน อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 13.73 ร้อยละ 9.80 และร้อยละ 3.92 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับบิดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.98 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 28.43 ระดับผลการเรียนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 3.00-3.50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.20 รองลงมาคือ ระดับผลการเรียนอยู่ในช่วง 2.00-2.99 คิดเป็น 32.35 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายไปโรงเรียนต่อวันไม่เกิน 50 บาท ร้อยละ 63.73 และนักเรียนทุกคนเคยบริโภคขนมขบเคี้ยวภายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ระดับของความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 4.96, SD = .70$) อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่ม

เพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.90$, $SD = 6.44$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 4.95$, $SD = 2.03$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการ ($n = 102$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ (0 - 15 คะแนน)	4.96	0.70	ต้องปรับปรุง
อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน (1 - 50 คะแนน)	23.90	6.44	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ (0 - 17 คะแนน)	4.95	2.03	ต้องปรับปรุง
ความรู้และความเข้าใจ (0 - 7 คะแนน)	1.67	1.15	ต้องปรับปรุง
การเข้าถึงและใช้ข้อมูล (0 - 5 คะแนน)	1.74	0.91	ต้องปรับปรุง
ทักษะทางสังคม (0 - 5 คะแนน)	1.55	0.99	ต้องปรับปรุง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ($r = .47$, $.40$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ตัวแปร	X1	X2	Y
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ (X1)	1		
อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน (X2)	.31**	1	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ (Y)	.47**	.40**	1

** $p < .01$

4. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ($Beta = .38$) และอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ($Beta = .29$) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ได้ร้อยละ 27.60 ($R^2_{adj} = .276$, $p < .01$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	.52	.12	.38	4.23**	.001
อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน	.13	.04	.29	3.22*	.002

ค่าคงที่ = .04, *SE* = .95, *R* = .539, *R*² = .290, *R*²_{Adj} = .276, *F* = 20.24, *p* < .01

**p* < .01, ** *p* < .01

การอภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.95, SD = 2.03$) โดยความรอบรู้ในด้านการอ่านและตีความฉลากโภชนาการอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าด้านการประเมินและการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียนที่ผ่านมา (Sriyasak et al., 2020; Singtong et al., 2020; Koedphaen et al., 2022) สะท้อนให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนมีทักษะพื้นฐานในการรับรู้และเข้าใจข้อมูลบนฉลากอาหาร แต่ยังคงขาดทักษะในการวิเคราะห์และประเมินอย่างลึกซึ้งเพื่อเลือกบริโภคอย่างมีวิจารณญาณ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นวัยรุ่นที่เริ่มมีความรับผิดชอบในการเลือกอาหารเองและมีการเข้าถึงสื่อโซเชียลออนไลน์มากขึ้น ทำให้มีข้อมูลเข้าถึงได้หลากหลาย แต่การใช้ข้อมูลดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม เช่น ค่านิยมรสชาติและราคาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นชุดของทักษะเชิงพฤติกรรมที่เกิดจากการผสมผสานทั้งองค์ความรู้ ทักษะการสื่อสาร และการคิดวิเคราะห์ในบริบททางสังคม ไม่ใช่เพียงการรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้จึงตอกย้ำว่า การพัฒนา health literacy อย่างยั่งยืนควรมุ่งเน้นทั้งการเพิ่มความรู้และสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกื้อหนุน โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัวและเพื่อน ซึ่งสามารถเป็น “แรงเสริม” และ “แบบอย่าง” ในการใช้ฉลากโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Nguyen et al., 2023; Robson et al., 2023)

2. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ได้ร้อยละ 27.60 ($R^2_{adj} = .276, p < .01$) อธิบายว่าความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้สูงสุด ($Beta = .38$) ซึ่งบ่งชี้ว่าความรู้โภชนาการมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทักษะการอ่านวิเคราะห์ และประเมินข้อมูลบนฉลากโภชนาการอย่างถูกต้องและมีวิจารณญาณตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) โดยนักเรียนที่มีความรู้โภชนาการเพียงพอจะมีความพร้อมและความสามารถในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารอย่างมีเหตุผลและมีข้อมูลสนับสนุน ผลการศึกษาของ Singtong et al. (2020) ยืนยันบทบาทสำคัญของการส่งเสริมความรู้โภชนาการที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการอ่านฉลากโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน Koedphaen et al. (2022) พบว่า ผู้ที่มีความรู้

โภชนาการต่ำมีความเสี่ยงที่จะขาดความรู้ด้านโภชนาการมากกว่าถึง 2.24 เท่า ($OR = 2.24, 95\%CI: 1.06-4.70$) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้พื้นฐาน และความสามารถในการใช้ข้อมูล โภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างความรู้โภชนาการจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนวัยเรียน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว และลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ ($Beta = .29$) แสดงให้เห็นว่า บริบททางสังคมมีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวเป็นแหล่งเรียนรู้เบื้องต้นที่ช่วยสร้างทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผ่านการสื่อสาร เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับโภชนาการหรือการแสดงพฤติกรรมต้นแบบในการอ่านฉลาก (Sutthiwarotamakul, 2018) ขณะที่กลุ่มเพื่อนในช่วงวัยรุ่นมีอิทธิพลในลักษณะของแรงจูงใจและแหล่งอ้างอิงทางพฤติกรรม ทั้งจากการแนะนำ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเป็นแบบอย่าง ในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) ที่ชี้ว่า พฤติกรรมของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้จากการสังเกตและเลียนแบบแบบแผนจากบุคคลรอบข้าง

แม้ว่าทั้งสองปัจจัยนี้จะมีความสำคัญ แต่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ด้านสุขภาพได้เพียงร้อยละ 27.60 เท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยอื่นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม เช่น ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) ที่ช่วยให้ประเมินข้อมูลสุขภาพได้รอบด้าน (Nutbeam, 2008) ความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลจากสื่อดิจิทัล (digital health literacy) (Norman & Skinner, 2006) รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะ และการสนับสนุนจากสถานศึกษา (Paakkari & Okan, 2020) องค์ประกอบเหล่านี้ อาจมีผลต่อทั้งโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจของนักเรียน ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อน เช่น กิจกรรมอ่านฉลากอาหารร่วมกัน การจัดกลุ่มเพื่อนเรียนรู้เรื่องโภชนาการ และการฝึกทักษะวิเคราะห์ฉลากผ่านสื่อดิจิทัล เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ครู และบุคลากรด้านสุขภาพ นำไปใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลือกบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมในนักเรียนผ่านกิจกรรมฝึกอ่านฉลากโภชนาการ การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการอ่านฉลากและจัดเมนูสุขภาพ รวมถึงการใช้พลังของเพื่อนผ่านผู้นำเยาวชนและกิจกรรมสื่อสารบนสื่อออนไลน์ของโรงเรียน เพื่อเสริมแรงจูงใจและปลูกฝังค่านิยมด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในนักเรียน เน้นการบูรณาการบทบาทของครอบครัว เพื่อสร้างนิสัยสุขภาพที่มั่นคง ร่วมกับกลยุทธ์ทางสังคมผ่านกลุ่ม

เพื่อนเพื่อเพิ่มแรงจูงใจและการปฏิบัติจริง ตลอดจนการพัฒนาวัตกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านฉลาดโภชนาการผ่านกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อน เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์และความรับผิดชอบร่วมกันในกลุ่มสังคมวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและการศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงสำหรับกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่น

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.
- Bureau of Health Promotion. (2023). *Annual report on child nutrition status, 2023*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases. (2022). *Thailand NCDs Profile 2022*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Nutrition. (2019). *Survey report on health literacy and desirable health behaviors among school-aged children (6–14 years old)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chung, A., F., et al. (2021). Adolescent peer influence on eating behaviors via social media: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e19697. <https://doi.org/10.2196/19697>
- Division of Health Education. (2019). *Health literacy and health behavior assessment report among school-aged children (6–14 years old)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2020). *Survey on food consumption behavior among children and adolescents*. Mahidol University. (in Thai)
- Koedphaen, C., Saengnill, W., & Phokongchana, R. (2022). Factors associated with food and nutrition literacy among adolescents. *Journal of Public Health Nursing*, 36(1), 45–58. (in Thai)
- Levin, J., & Rubin, D. (1998). *Statistics for management* (7th ed.). Prentice Hall.
- Nguyen, T. H., Le, A. T., & Tran, M. H. (2023). Enhancing health literacy and nutrition label use among adolescents: The role of family and peer support. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 55(4), 321-330. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2023.01.005>

- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e507. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), 249–250. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30086-4)
- Phuangphay, U., Singtong, T., & Rattanasiri, S. (2020). Development of a nutrition knowledge and literacy questionnaire for Thai school-aged children. *Journal of Health Education*, 43(2), 112–124. (in Thai)
- Prybutok, V., Prybutok, G., & Yogarajah, J. (2024). *Negative influence of social media on children's diets: A systematic review*. *Encyclopedia*, 4(4), 1700–1710. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia4040111>
- Robson, S. M., Snuggs, S., & Harvey, J. (2023). Prevalence of daily family meals among children and adolescents from 43 countries. *BMC Public Health*, 23, 428. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16018-3>
- Royal Institute of Thailand. (1999). *Announcement on nutrition labeling, No. 182*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Singtong, T., Thongsawat, S., & Laosee, O. (2020). The effects of a nutrition literacy program on nutrition label reading behavior among primary school students. *Journal of Health Education*, 43(2), 112–124. (in Thai)
- Sriyasak, A., Thongnopakun, S., & Promwong, S. (2020). Peer influence and adolescent health behavior: A study among lower secondary school students. *Journal of Health Sciences*, 18(2), 76–90. (in Thai)
- Sutthiwarotamakul, S. (2018). Family influence on dietary behavior among adolescents. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 44(1), 89–102. (in Thai)
- Thato, R. (2018). *Statistics for health science research*. Chulalongkorn University Press.
- World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025, May 7). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>



บทความวิจัย (Research article)

การรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

Perceived Nursing Competencies of Generation Y Charge Nurses Working
in the Private Patient Division at a Tertiary Hospital in Bangkok

เขมรัตน์ สุทธิรินทร์¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, บุญทิพย์ สิริธรงค์³, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล⁴

Kemarat Sutthirin¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Boontip Siritarungsri³, Wanpen Pinyopasakul⁴

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kanjana.sri@stou.ac.th)

(Received: May 7, 2025; Revised: July 10, 2025; Accepted: August 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ และ 2) วิเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเจเนอเรชันวาย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม – กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็น และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายอยู่ในระดับมากที่สุด และผลการวิเคราะห์เชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ภาวะผู้นำ 2) การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 4) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย และ 5) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ และองค์ประกอบเชิงยืนยันของระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้ $\chi^2 = 7.770$, $df = 4$, $p = .100$, $\chi^2/df = 1.942$, $GFI = .969$, $AGFI = .883$, $RMR = .007$, $RMSEA = .105$

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master's Student, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Emeritus Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล, พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

Abstract

The objectives of this descriptive research were: 1) to study perceived competency levels of Generation Y charge nurses working in the private patient division, and 2) to conduct a confirmatory factor analysis (CFA) to assess the model fit of the competency components of Generation Y charge nurses working. The research sample group consisted of 87 registered nurses of Generation Y, chosen through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire assessing the personal data and nursing competencies of Generation Y charge nurses, for which the content validity index was .93 and the reliability was .88. Data collection took place from August 15 to September 2024. The data were analyzed using descriptive statistics and confirmatory factor analysis.

The results of the research found that the overall perceived competency levels of Generation Y charge nurses was found to be at the highest level; and the results of confirmatory factor analysis of competencies of Generation Y charge nurses revealed 5 components: 1) leadership; 2) management and quality improvement; 3) communication and relationship building; 4) professional ethics, morals and law; and 5) health policy and environment. The competency model for Generation Y charge nurses was consistent with empirical data as follows: $\chi^2 = 7.770$, $df = 4$, $p = .100$, $\chi^2/df = 1.942$, $GFI = .969$, $AGFI = .883$, $RMR = .007$, $RMSEA = .105$

Keywords: Nursing competency, Generation Y charge nurses, Confirmatory factor analysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นเสมือนตัวแทนของผู้บริหารระดับต้น (first line manager) เนื่องจากต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล หรือทำหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการ จึงต้องมีความสามารถทั้งการบริหารจัดการ มีทักษะความสามารถทางการบริการพยาบาล ตามบทบาทการแสดงออกของพยาบาลหัวหน้าเวรในการปฏิบัติ รวมทั้งการตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับสมรรถนะของการเป็นหัวหน้าเวร (Sherman, 2013) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรจึงมีความจำเป็น เพราะจะช่วยพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการทางการพยาบาล (Fukada, 2018) และยังช่วยการส่งเสริมผลลัพธ์ของผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาสมรรถนะจำเป็นต้องคำนึงถึงช่วงวัยของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้วย (Gray et al., 2016) โดยเฉพาะพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชันวาย (Generation Y) ซึ่งเป็นบุคคลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2520-2537 (Mothersbaugh et. al., 2020) ที่กำลังก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญในวิชาชีพการ

พยาบาล ซึ่งเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัล และจะเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศในอีก 20 ปีข้างหน้า และส่วนหนึ่งจะก้าวเข้าสู่การเป็นผู้บริหารองค์กรทั้งในปัจจุบันและในอนาคต จึงต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างเหมาะสม และเนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน แต่งานวิจัยจำนวนหนึ่งกลับพบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ มีความตั้งใจที่จะลาออกจากงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มอื่น (Chung & Fitzsimons, 2013; Chupan, 2018) ซึ่งสนับสนุนโดยผลการวิจัยของ Mun et al. (2024) พบว่า พยาบาลจบใหม่ที่อยู่ในกลุ่มเจเนอเรชันวาย ยังมีความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนและมีภาวะเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ จึงนับเป็นความท้าทายของผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารของโรงพยาบาลที่ควรจะต้องรับรู้สมรรถนะของพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้สอดคล้องกับพันธกิจ บริบทการให้บริการพยาบาล และสุขภาพของโรงพยาบาลนั้น ๆ จะช่วยให้พยาบาลโดยเฉพาะกลุ่มเจเนอเรชันวายปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข และมีความตั้งใจคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นสถาบันให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนระดับตติยภูมิขั้นสูง (super-tertiary care) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง มีความพึงพอใจและประทับใจในการบริการ ซึ่งเป็นหัวใจของการดำเนินงานขององค์กรแห่งนี้ โดยเฉพาะหน่วยงานหอผู้ป่วยพิเศษที่ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา มีหอผู้ป่วยทั้งหมด 22 หอผู้ป่วย มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชันวายที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ด้วยความหลากหลายของการให้บริการในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษแห่งนี้ ทำให้ต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะภาวะผู้นำ มีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดี สามารถการบริหารจัดการและเป็นหัวหน้าเวรที่มีศักยภาพ ตอบสนองพันธกิจของหน่วยงานและองค์กรได้

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมาก่อน และจากงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลเจเนอเรชันวายก็ยังมีจำนวนจำกัด ที่ปรากฏอยู่ดังตัวอย่างการศึกษาของ Yaghobian et al. (2019) พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรได้แก่ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและสัมพันธภาพที่ดี รวมถึง ความสามารถทั้งด้านกฎหมายและวิชาชีพ เพื่อคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้ป่วยและตัวพยาบาลในการปฏิบัติงาน การศึกษาของ Baran and Ktos (2014) พบว่าสิ่งสำคัญในอนาคตของคนเจเนอเรชันวาย มากกว่าร้อยละ 50 ประสงค์ทำงานที่สอดคล้องกับแนวโน้มของโลกาภิวัตน์ อาทิ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระหว่างประเทศต่าง ๆ การศึกษาของ Stanley (2010) พบว่า กลุ่มคนเจเนอเรชันวายมีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี และยังมีความยืดหยุ่นสูง เรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว สามารถทำงานหลายอย่างได้

พร้อมกัน และมีทักษะในการเจรจาต่อรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung and Fitzsimons (2013) พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันวายมีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสูง และยังมีความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยคาดหวังให้มีความปลอดภัย ยืดหยุ่น เต็มไปด้วยความท้าทาย มีแรงจูงใจ และให้อำนาจในการตัดสินใจ และการศึกษาของ Wattanapansak et al. (2020) พบว่าภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทุกด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างพฤติกรรมในการทำงาน และปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในพยาบาลเจนเนอเรชันวาย ได้แก่ พฤติกรรมที่สร้างสรรค์ ต้องมีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล มีทักษะเชิงสร้างสรรค์ และมีแรงจูงใจ โดยสรุปจากการศึกษาวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลทั่วไป และพยาบาลเจนเนอเรชันวาย รวมทั้ง พยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะที่ความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งด้านการมีภาวะผู้นำ ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี ความยืดหยุ่น ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อม ทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ รวมถึงความสามารถทั้งด้านกฎหมายและวิชาชีพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งความสำคัญของสมรรถนะและความจำเป็นของบริบทงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ของโรงพยาบาลที่ศึกษา จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรกลุ่มเจนเนอเรชันวายงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โดยประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลเจนเนอเรชันวายที่มีต่อตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และเจตคติต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรของหน่วยงานที่ศึกษา (Wit et al., 2023) โดยนำกรอบสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ฉบับล่าสุด (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบหลักในการกำหนดสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวาย ร่วมกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฝ่ายการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลพิเศษโรงพยาบาลที่ศึกษา และคุณลักษณะเจนเนอเรชันวาย โดยให้พยาบาลหัวหน้าเวรกลุ่มเจนเนอเรชันวายเป็นผู้ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตน จากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์เชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้อง ในการนำผลการวิจัยไปพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรกลุ่มเจนเนอเรชันวายให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสูงสุดตามพันธกิจของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวาย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวาย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวาย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวายมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลโดยเฉพาะงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษที่ศึกษา โดยเลือกสรร 4 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลที่ศึกษา (Siriraj Hospital, Department of Nursing, 2006) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลพิเศษโรงพยาบาลที่ศึกษา คุณลักษณะเจนเนอเรชันวาย (Chupan, 2018 ; Chung & Fitzsimons, 2013) และสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) เพื่อนำเป็นกรอบหลักในการกำหนดสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวาย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 4) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย และ 5) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ หลังจากได้ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวายแล้ว จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์หาค่าขององค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการวิจัยพรรณนา (descriptive research) มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลเจนเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวายเป็นบุคคลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2520-2537 อายุระหว่าง 31 ถึง 48 ปี (Mothersbaugh et. al., 2020) และปฏิบัติงาน สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากสูตรของ Yamane (1967) ที่ระดับความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 87 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย และวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอเรชันวายที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หัวหน้าเวร และไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่ออบรมระยะสั้น หรือลาคลอด เกณฑ์การคัดออกของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria) ได้แก่ ให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าเวร และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบรายการและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์ นาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้เลือกประยุกต์แนวคิดสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) มาเป็นกรอบหลัก และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลที่ศึกษา (Siriraj Hospital, Department of Nursing, 2006) ร่วมกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลพิเศษโรงพยาบาลที่ศึกษา และคุณลักษณะเจเนอเรนซ์ นาย (Chung & Fitzsimons, 2013; Chupan, 2018) โดยมีองค์ประกอบสมรรถนะหลัก 5 ด้าน และองค์ประกอบสมรรถนะย่อย รวม 36 ข้อ ได้แก่ ภาวะผู้นำ จำนวน 8 ข้อ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 11 ข้อ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 10 ข้อ จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย จำนวน 4 ข้อ และนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละระดับ ที่มีพฤติกรรมบ่งชี้ (performance criteria) ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ (Chunrat & Jumpamool, 2018) ระหว่าง 4.20 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด ระหว่าง 1.00 - 1.79 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ระหว่าง 3.40 - 4.19 คะแนน หมายถึง ระดับมาก ระหว่าง 2.60 - 3.39 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 1.80 - 2.59 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และส่วนท้ายของแบบสอบถามในแต่ละองค์ประกอบ เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อองค์ประกอบนั้น ๆ

3. แบบสัมภาษณ์เพื่อยืนยันข้อมูลและเพิ่มเติมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ขึ้น มี 2 ข้อ คือ 1) ท่านทราบผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรของตนเองอยู่ในระดับใด และท่านยังคงยืนยันในระดับเดิมหรือไม่ หากไม่ยืนยันเพราะเหตุใด และ 2) ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบสมรรถนะหลักทั้ง 5 ด้าน มีความความสมบูรณ์ดีแล้วหรือไม่ หากยังไม่สมบูรณ์ ท่านต้องการเพิ่มเติม หรือลด หรือเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบสมรรถนะใด และเพราะเหตุใด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์ นาย ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้เชี่ยวชาญด้านสมรรถนะ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสมรรถนะ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาโดยดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อต้องมีค่าน้อยหรือมากกว่า .78 (Polit et al., 2007) ผลการหาค่าความตรงเชิง

เนื้อหาได้ค่าเท่ากับ .93 จากนั้น นำแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอร์ชันวายที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้เบื้องต้น (preliminary item try out) กับพยาบาลเจนเนอร์ชันวายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม – กันยายน 2567 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากทีโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 3.1 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการตอบแบบสอบถาม จากพยาบาลหัวหน้าเวรเจนเนอร์ชันวายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกแล้ว จำนวน 87 คน

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา อธิบายให้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นเอกสารให้ความยินยอมในการวิจัย บอกระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยในแบบสอบถาม ใส่เฉพาะเลขที่แบบสอบถามเพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามหรือแบบประเมินที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลไว้คนละแห่ง เพื่อไม่ให้มีข้อมูลใดที่เชื่อมโยงให้ทราบว่าหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวเป็นของบุคคลใด จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอให้ตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริง

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้ง และได้ขอความร่วมมืออาสาสมัครทำแบบสอบถามเพิ่มเติมตามความสมัครใจ เมื่อมีข้อมูลขาดหายหรือไม่ครบถ้วน

- 3.2 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ หลังจากได้ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบครบถ้วนแล้วจำนวน 87 ฉบับ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 9 คน (ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง) โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีส่วนร่วมตามพฤติกรรมบ่งชี้ ระดับ 1-2 จำนวน 3 คน ระดับ 3-4 จำนวน 3 คน และระดับ 5 จำนวน 3 คน และเพื่อให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นร้อยละ 20 โดยได้ขอความยินยอม

ในการให้ข้อมูลก่อนทำการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว รวมทั้งขออนุญาต บันทึกเสียงและจดบันทึกระหว่างทำการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อยืนยันระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายของตน และความเหมาะสมขององค์ประกอบหลักของสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

3. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย โดยตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

3.1 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดยความเบ้และความโด่ง การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ตรวจสอบโดยใช้สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) และ Bartlett's test of sphericity เป็นการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลและความสัมพันธ์ของตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

3.2 การตรวจสอบความสอดคล้องของการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยโปรแกรม AMOS ซึ่งมีการพิจารณาจากค่าไคสแควร์ (Chi-square) ดัชนีความกลมกลืน (Goodness of Fit: GFI) ดัชนีความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) และดัชนีวัดความปกติ (Normed Fit Index: NFI) และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) (Whittaker & Schumacker, 2022)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารเลขที่ COA no. Si. 604/2024 รหัสโครงการ 325/2567 (IRB1) ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2567 เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวมาข้างต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายที่ปฏิบัติงาน สังกัดงานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ มีจำนวน 87 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 98.90 และเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10 มีอายุเฉลี่ย 33.11 ปี (Max = 43, Min = 27) ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 และปริญญาโท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตำแหน่งปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 98.90 และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10 ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ เฉลี่ย 9.36 ปี ($SD = 4.79$, Max = 24, Min = 4) ระยะเวลาการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวร เฉลี่ย 5.90 ปี ($SD = 4.72$, Max = 20, Min = 1) และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล เฉลี่ย 1.75 ครั้ง ($SD = .43$, Max = 2, Min = 1)

2. ระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.20$, $SD = .49$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า มีระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น สมรรถนะการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = .58$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับสมรรถนะตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ($n = 87$)

สมรรถนะ	M	SD	ระดับ
ภาวะผู้นำ	4.20	.33	มากที่สุด
การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	4.03	.58	มาก
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	4.36	.48	มากที่สุด
จรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและกฎหมาย	4.22	.54	มากที่สุด
นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	4.21	.52	มากที่สุด
โดยรวม	4.20	.49	มากที่สุด

พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายจำนวนหนึ่งให้ข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมบ่งชี้เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ที่มีความสอดคล้องกัน ดังนี้

“ในระยะแรกของการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ประสบการณ์ตนเองยังน้อย การสื่อสารกับอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้จึงยังไม่มั่นใจนัก ตนจึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเสมอ และต้องการให้มีการอบรมรุ่นที่ ๆ ต่างเจเนอเรชัน ให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างเจเนอเรชันและเจเนอเรชันวายจะได้ทำงานร่วมกันได้ดี และไม่ต้องการให้มีการเข้มงวดในการทำงานของตนเองมาก”

“การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นที่ควรเป็นแบบอย่าง คือ มีการยืดหยุ่นและให้อิสระในการทำงาน จะได้ไม่เพิ่มความเครียดให้ เพราะบรรยากาศในการทำงานมีความสำคัญกับผู้ที่เป็พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายมาก ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลคนไข้และการทำงานร่วมกับทีมงาน

“พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายไม่ชอบการใช้อารมณ์และกดดันให้ตนต้องทำตามแบบนั้น แบบนี้ พยาบาลที่เป็นหัวหน้าเวรต้องมีภาวะผู้นำ มีความรับผิดชอบ และดูแลทีมงานด้วย”

“ในระยะแรกของการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรควรจัดเวรคู่กับทีมงานที่มีประสบการณ์ เช่น ผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ จะได้ร่วมปรึกษาหารือหรือช่วยตัดสินใจร่วมกัน”

3. ผลการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันระดับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายของตนเอง และความเหมาะสมขององค์ประกอบสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน มีดังนี้

3.1 ระดับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ทั้ง 9 คน ยืนยันระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับเดิมที่ได้ตอบแบบสอบถามไว้เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น 2 คน ขอเปลี่ยนระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพลดลง จากเดิมประเมินตนเองอยู่ในระดับ 5 ลดมาเป็นระดับ 4 โดยทั้งสองคนให้เหตุผลสอดคล้องกันว่า หลังจากตนเองได้มาทบทวนแล้ว พบว่า

“ตนเพิ่งจบมาได้ 3-4 ปี ยังมีความรู้และประสบการณ์น้อย ความสามารถด้านการบริหารจัดการจึงมีน้อย โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์ของคนที่ต้องให้บริการกับผู้ใช้บริการหน่วยงานการพยาบาลพิเศษ ซึ่งปัจจุบันมีความต้องการและความคาดหวังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ”

“สิ่งที่ช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้ นอกจากการพัฒนาสมรรถนะตนเองแล้ว หน่วยงานยังต้องมีระบบการจัดการข้อมูล โดยมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน และมีการให้ข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็วแก่ผู้ใช้บริการ”

3.2 ความเหมาะสมและความสมบูรณ์ขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ทั้ง 9 คน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าองค์ประกอบของสมรรถนะฯ หลัก ทั้ง 5 ด้าน โดยรวมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์แบบสอบถาม และข้อคิดเห็นเพิ่มเติมท้ายแบบสอบถาม ดังนี้

3.2.1 สมรรถนะภาวะผู้นำ พบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะภาวะผู้นำที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน การแสดงพฤติกรรมที่ดี และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการเสมอ และการเป็นคนอารมณ์ดี คิดบวก

3.2.2 สมรรถนะการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ พบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ กฎระเบียบในการบริหารเตียงของหอผู้ป่วย และการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

3.2.3 สมรรถนะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ พบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การใช้ SBAR เพื่อการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้ทราบอยู่เสมอ มีทักษะการสื่อสารที่ดี ยอมรับและรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น มีความยืดหยุ่น มีบุคลิกภาพและมรรยาทที่ดี สามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในทุกด้านของการดำเนินชีวิต ร่วมมือในการปฏิบัติงานรวมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในทีมงานและหน่วยงาน และเป็นมิตรมีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ

3.2.4 สมรรถนะจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย พบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ มีจริยธรรมในการปฏิบัติงานและการบริหาร รู้และเข้าใจหลักคุณธรรม วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย และ พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ รู้และเข้าใจหลักกฎหมายทั่วไป หลักประกันสุขภาพ และ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประพฤติดนเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรในหน่วยงาน นอกจากนี้ จากแบบสอบถาม ยังให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพว่า

“การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นพี่ควรเป็นแบบอย่าง มีการยืดหยุ่นและให้อิสระในการทำงาน จะได้ไม่เพิ่มความเครียดให้ เพราะบรรยากาศในการทำงานมีความสำคัญกับผู้ที่เป็นพยาบาลหัวหน้า เวิร์เจเนอเรชั่นวายมาก และจะส่งผลต่อการดูแลคนไข้และการทำงานร่วมกับทีมงาน”

3.2.5 สมรรถนะนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การสร้างบรรยายให้ทุกคนในหน่วยงานทำงานร่วมกันอย่างดี แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานได้ดี รวมถึงการรับข่าวสาร ข้อมูล และถ่ายทอดแผนงาน นโยบายหรือคำสั่งไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครบถ้วนชัดเจน

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวิร์เจเนอเรชั่นวาย

4.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) ของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวิร์เจเนอเรชั่นวาย ดังนี้

4.1.1 การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ทดสอบโดยความเบ้และความโด่ง โดยพบค่าความเบ้ (skewness) อยู่ระหว่าง -0.404 ถึง 0.063 และค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ระหว่าง -0.373 ถึง 0.648 พบว่าการแจกแจงของข้อมูลมีทั้งการแจกแจงเป็นโค้งปกติและการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ แต่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 87 คน สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันควรใช้อย่างน้อย 5 หน่วยต่อ 1 ตัวแปร (Stevens, 1996) ดังนั้น จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยจึงสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

4.1.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ประกอบด้วยตัวแปรที่สังเกตได้ 5 ตัวแปร ผลพบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้มีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกคู่ โดยมีค่าความสัมพันธ์เป็นบวก และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.685 ถึง 0.754 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 จึงไม่เกิดภาวะร่วมเชิงเส้นพหุ (multicollinearity) แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปรในโมเดลนี้ มีความสัมพันธ์กันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังตาราง 2

4.1.3 ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และค่าดัชนี Bartlett's Test of Sphericity โดยผู้วิจัยทำการทดสอบค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity เพื่อตรวจสอบว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร

สังเกตได้เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะหรือไม่ พบว่าค่า Chi-square = 2571.219, df = 630, p = .000 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้ง ยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ที่มีค่าเท่ากับ .888 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < .01 โดยมีค่ามากกว่า .50 แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ และมีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรมากพอที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรได้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในแต่ละตัวแปรสังเกตได้ ในโมเดลสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนัวาย

ตัวแปร	Leader	Admin	Communicate	Ethics	Policy
ภาวะผู้นำ (Leader)	1				
การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ (Admin)	.722*	1			
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (Communicate)	.722*	.754*	1		
จรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและกฎหมาย (Ethics)	.722*	.754*	.723*	1	
นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ (Policy)	.722*	.754*	.723*	.685*	1

* $p < .05$

4.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนัวาย พบว่า สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนัวาย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า $\chi^2 = 7.770$, $df = 4$, $p = .100$ กล่าวคือ ค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง ค่าดัชนี RMSEA = .105 และ RMR = .007 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนี GFI = .969 และ AGFI = .883 มีค่าเข้าใกล้ 1 และ $\chi^2/df = 1.942$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า โมเดลสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนัวายมีความตรงเชิงโครงสร้างในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนัวายที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ลำดับที่ 1 นโยบายและสิ่งแวดล้อม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ .918 ลำดับที่ 2 คือ ภาวะผู้นำ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ .871 ลำดับที่ 3 คือ จรรยาบรรณวิชาชีพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 1.154 ลำดับที่ 4 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 1.183 และน้อยสุด คือ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 1.248 นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้ (R^2) ซึ่งอธิบายของความแปรปรวนของตัวแปร มีค่าตั้งแต่ .657 ถึง .843 รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์หน่วย

องค์ประกอบ	Beta	SE	t	R ²
ภาวะผู้นำ	.87	<->	<->	.759
การบริหารจัดการ	.81	.130	9.628**	.657
นโยบายและสิ่งแวดล้อม	.87	.144	8.229**	.843
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	.91	.116	12.160**	.668
จรรยาบรรณวิชาชีพ	.83	.97	9.951**	.694

$\chi^2 = 7.770$, $df = 4$, $p = .100$, $\chi^2/df = 1.942$, $GFI = .969$, $AGFI = .883$, $RMR = .007$, $RMSEA = .105$

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ระดับการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์หน่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา พบว่า ผลวิจัยยืนยันว่าพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์หน่วยมีระดับการรับรู้สมรรถนะโดยรวมของตนเองพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.20$, $SD = .49$) ตามองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ จรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรม และกฎหมาย นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีระดับการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุดสามารถอภิปรายผลขององค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย ดังนี้

ภาวะผู้นำ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์หน่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติกันต่อ ๆ กันจากรุ่นสู่รุ่นให้เกิดความรับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา มุ่งเน้นกระบวนการจัดการปัญหาแบบมีส่วนร่วมภายใต้กระบวนการพยาบาลที่นำมาปฏิบัติ สามารถนำมาวิเคราะห์เหตุการณ์และบริหารจัดการความเสี่ยงได้ถูกต้องตามขั้นตอน ด้วยการใช้เหตุผลอธิบายและโน้มน้าวใจบุคลากรในเวรที่รับผิดชอบสอดคล้องผลการวิจัยของ Wattanapansak et al. (2020) ในการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิพบว่า สมรรถนะด้านภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร

การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรนซ์หน่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเริ่มจากการศึกษาขณะตอนเป็นนักศึกษาพยาบาลมีการอบรมและจัดกิจกรรมด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพสม่ำเสมอ รวมทั้ง เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วมาปฏิบัติงาน ทางฝ่ายการพยาบาลยังได้จัดการอบรมผ่านระบบต่าง ๆ ส่งผลทำให้พยาบาลสามารถปรับตัวได้ดี และมีความยืดหยุ่น ด้วยบุคลิกภาพและมารยาทที่เป็นมิตรและมีน้ำใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghobian et al. (2019) พบว่า ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสัมพันธภาพที่ดี ถือเป็นข้อกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร และยัง

สอดคล้องผลการศึกษา Yimjaraen et al. (2016) พบว่าการพัฒนาบทบาทสู่การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง การเตรียมก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าเวร ซึ่งมีการเตรียมโดยหน่วยงาน และการเตรียมตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่การเป็นหัวหน้าเวรที่มีสมรรถนะ นอกจากนั้น ยังพบว่าองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ พยาบาลเจเนอเรชันวายมีทักษะการสื่อสารที่ดี ยอมรับและรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น มีความยืดหยุ่น มีบุคลิกภาพและมรรยาทที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghobian et al. (2019) พบว่า พยาบาลเจเนอเรชันวายมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและสัมพันธภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลคำถามปลายเปิด พยาบาลเจเนอเรชันวายให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “ประสบการณ์ตนเองยังน้อย การสื่อสารกับอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้จึงยังไม่มั่นใจนัก ตนจึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเสมอ” ดังนั้น การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญไม่เพียงแต่เรื่องเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่เพื่อการพัฒนาสมรรถนะตนเองในองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลเจเนอเรชันวาย ยังให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานควรต้องมีระบบการจัดการข้อมูลโดยมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน และการให้ข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็วแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Stanley (2010) และ Chung and Fitzsimons (2013) พบว่า พยาบาลเจเนอเรชันวายมีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสูง จึงมองว่าหน่วยงานควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

จรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและกฎหมาย พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพการพยาบาลมีการปรับปรุงจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย ส่งผลทำให้ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลที่ศึกษา มีนโยบายให้พยาบาลผ่านการอบรมทุกคนและมีการประเมินผลคะแนนการสอบจากการอบรม และยังมีกิจกรรมดำเนินการเสวนาตอนเช้าทุกวันก่อนปฏิบัติงานเกี่ยวกับจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย โดยนำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลถูกฟ้องหรือข้อร้องเรียนจากผู้บริการ ที่พบว่าเป็นปัญหาและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การแก้ไขปัญหาเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yaghobian et al. (2019) พบว่า ประเด็นปัญหาจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายเป็นเรื่องสำคัญที่พบและต้องดำเนินการป้องกันเพราะอาจพบได้ง่ายสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร และสอดคล้องกับผลการวิจัยการศึกษาขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ พบว่าสมรรถนะด้านภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร คือ สมรรถนะด้านด้านคุณธรรมและจริยธรรม (Wattanapansak et al., 2020) นอกจากนั้น ยังพบว่าองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและกฎหมายที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ มีจริยธรรมในการปฏิบัติงานและการบริหาร รู้และเข้าใจหลักคุณธรรม วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghobian et al. (2019) พบว่า พยาบาลเจเนอเรชันวายมีความสามารถทั้งด้านกฎหมายและวิชาชีพ เพื่อคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้ป่วยและตัวพยาบาลในการปฏิบัติงาน

นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวัยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากองค์การทางการแพทย์มีนโยบายที่ชัดเจนทั้งสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ มีการเชื่อมโยงไปถึงการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงในองค์กรสู่การปฏิบัติ มีระบบออนไลน์ที่สามารถโต้ตอบประเด็นต่าง ๆ ที่สงสัยหรือปัญหาที่เกิดขึ้น นำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมเสวนาเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีและเป็นนโยบายแนวทางปฏิบัติขององค์กร และหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคขึ้น (Chupan, 2018) นอกจากนี้ ยังพบว่า องค์ประกอบย่อยของสมรรถนะด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ การสร้างบรรยากาศให้ทุกคนในหน่วยงานทำงานร่วมกันอย่างดี แก้ไขปัญหาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานได้ดีสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chung and Fitzsimons (2013) พบว่า พยาบาลเจเนอเรชันวัยมีความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยคาดหวังให้มีความปลอดภัย และมีความยืดหยุ่น

การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวัยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งน้อยที่สุดในจำนวนสมรรถนะ 5 ด้าน อาจเนื่องจากผลกระทบจากการรับผิดชอบหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่เกินความสามารถ ภาระงานที่มากโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบกับอัตราการเข้างานและการลาออกงานของพยาบาลค่อนข้างบ่อย การดำเนินการฝึกพยาบาลใหม่ก็ยังคงเป็นอีกหนึ่งภาระงาน ประกอบกับช่วงวัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (Chupan, 2018) อย่างไรก็ตาม ผลงานวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rattika and Volrathongchai (2023) พบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีระดับสมรรถนะด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ($M = 3.98, SD = .48$) ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวรส่งผลต่อสมรรถนะการบริหารจัดการพยาบาลหัวหน้าเวร ร้อยละ 71.80

2. การวิเคราะห์เชิงยืนยันระดับสมรรถนะและความสมบูรณ์ขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวัยงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นหนึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 4) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย และ 5) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ผลวิจัยพบว่า องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวัย งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า $\chi^2 = 7.770, df = 4, p = .100$ กล่าวคือ ค่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งค่าดัชนี RMSEA = .105 และ RMR = .007 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนี GFI = .969 และ AGFI = .883 มีค่าเข้าใกล้ 1 และ $\chi^2/df = 1.942$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่าโมเดลสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลที่ศึกษา (Siriraj Hospital, Department of Nursing, 2006) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลพิเศษโรงพยาบาลที่ศึกษา คุณลักษณะเจเนอเรชันวัย (Chung & Fitzsimons, 2013; Chupan, 2018) และสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล

(Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นสถาบัน ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคที่ซับซ้อนระดับตติยภูมิขั้นสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง มีความพึงพอใจและประทับใจในการบริการ ทางฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลจึงมีการอบรมสมรรถนะทั้งในรูปแบบออนไลน์ และส่งพยาบาลไปอบรมเสริมสร้างสมรรถนะแบบออนไซต์ ดังนั้น การที่พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานจะมีสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนดทั้ง 5 ด้าน จึงมีความเป็นไปได้สูง แต่ผลการวิจัยที่ออกมาดังกล่าวเป็นเพียงการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวาย ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาวิจัยแบบรอบด้านครบ 360 องศาต่อไป

อย่างไรก็ตาม สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล ที่สภาการพยาบาลได้กำหนดใหม่ล่าสุดสำหรับผู้จัดการพยาบาล (nurse managers) มีองค์ประกอบ 9 ข้อ ได้แก่ ความเป็นผู้นำในการจัดการ การสร้างกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องในองค์กร การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่แม่นยำและมีความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม การจัดการวางแผนกำลังคน การจัดการทรัพยากร เทคโนโลยี ดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาตนเอง (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2025) เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายมีหลายสมรรถนะที่คล้ายคลึงกับสมรรถนะระดับผู้จัดการพยาบาล และมีบางสมรรถนะที่สามารถเป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาลเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายก้าวสู่การเป็นหัวหน้าหัวหน้าผู้ป่วย สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และสอดคล้องกับสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดและเพิ่มเติมในสังคมยุคเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้ นวัตกรรมจัดการวางแผนกำลังคน เทคโนโลยีดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ระดับสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพเป็นด้านเดียวที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผู้บริหารองค์กรทางการพยาบาล ควรนำไปพิจารณาทั้งการหาข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านนี้ให้สูงขึ้นและนำสู่ความเป็นเลิศต่อไป รวมทั้ง ข้อมูลคำถามปลายเปิดของความเห็นที่สอดคล้องกันว่า “ต้องการให้มีการอบรมรุ่นพี่ ๆ ต่างเจเนอเรชัน ให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างเจเนอเรชัน จะได้ทำงานร่วมกันได้ดี” จึงควรมีการอบรมเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลเจเนอเรชันวายและเจเนอเรชันอื่น ๆ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ และบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน ซึ่งอาจจะช่วยในการคงอยู่ของพยาบาลเจเนอเรชันวายในหน่วยงานและองค์กรเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมสำหรับเสริมสร้างการสมรรถนะพยาบาลจบใหม่ครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นในทุกองค์ประกอบเพื่อขึ้นสู่พยาบาลหัวหน้าเวรเจเนอเรชันวายรุ่นต่อ ๆ ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- Baran, M., & Klos, M. (2014). Competency models and the generational diversity of a company workforce. *Economics & Sociology*, 7(2), 209-217. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2014/7-2/17>
- Chung, S. M., & Fitzsimons, V. (2013). Knowing Generation Y: A new generation of nurses in practice. *British Journal of Nursing*, 22(20), 1173-1179. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.20.1173>
- Chunrat, P., & Jumpamool, A. (2018). Factors influencing transcultural nursing competency of nurses working in Srinagarind Hospital Khonkaen University. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 23-32. (in Thai)
- Chupan, S. (2018). Generation Y professional nurses: challenges for nursing administrators. *Journal of the Ministry of Public Health Nursing Alumni Association*, 28(1), 1-12. (in Thai)
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gray, R., Phatrawanich, U., Lakthong, A., & Saengkla, C. (2016). *Quality of life of people of different ages*. Duean Tula. (in Thai)
- Mothersbaugh, D. L., Hawkins, L. D., & Kleiser, S. B. (2020). *Consumer Behavior: Building marketing strategy* (14th ed). McGraw-Hill.
- Mun, E. J., Lee, E. Y., & Kim, H. J. (2024). The hospital work experience of generation Y nurses. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 30(2), 65-74. <https://doi.org/10.22650/JKCN.2024.30.2.65>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20199>
- Rattika, E., & Volrathongchai, K. (2023). Selected factors affecting managerial competency of in-charge nurses at community hospitals, level M2, Roi Et Province. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 8(2), 89-103. (in Thai)
- Sherman, R. O. (2013). Imposter syndrome. *American Nurse Today*, 8(5), 57-58.

-
- Sririraj Hospital, Department of Nursing. (2006). *Sririraj nurse competencies dictionary*. P.A. Living. (in Thai)
- Stanley, D. (2010). Multigenerational workforce issues and their implications for leadership in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 846-852. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01158.x>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2013). *Manual for accreditation of nursing and midwifery institutions for institutions with Bachelor of Nursing degree graduates*. Office of Nursing and Midwifery Education Standards, Nursing Council. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2025). *Competency for nurse administrator*. Sintaweekij. (in Thai)
- Wattanapansak, A., Pitsachart, N., & Ritluegkrai, S. (2020). Leadership for innovative work behavior for nurse generation Y. *Journal of MCU Ubon Review*, 5(3), 529-540. (in Thai)
- Whittaker, T. A., & Schumacker, R. E. (2022). *A beginner's guide to structural equation modeling* (5th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003044017>
- Wit, R. F., de Veer, A. J., Batenburg, R. S., Francke, A.L. (2023). International comparison of professional competency frameworks for nurses: a document analysis. *BMC Nursing*, 22, 343. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01514-3>
- Yaghobian, M., Farhan, R., Navipour, H., & Vanaki, Z. (2020). Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1225-1231. <https://doi.org/10.5455/jpma.38686>
- Yamane, T. (1967). *Elementary sampling theory*. Prentice-Hall.
- Yimjaraen, P., Puttapitukpol, S., & Sriussadaporn, P. (2019). The role development towards being in-charge nurses of pediatric surgery department at a government university hospital in Bangkok metropolis. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 30(1), 117-130. (in Thai)



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมป้องกัน
ภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ
Effects of Self-efficacy Promoting Program on Maternal Behaviors
in Preventing Recurrent Neonatal Jaundice and Serum Bilirubin Level
of Infants Receiving Phototherapy

กิตติยา หวลคิด¹, ชลลดา จงสมจิตต์^{2*}, รัตน์ศิริ ทาโต³

Kittiya Huankid¹, Chollada Jongsomjitt^{2*}, Ratsiri Thato³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chollada.j@chula.ac.th)

(Received: May 18, 2025; Revised: August 4, 2025; Accepted: August 5, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร คัดเลือกตามความสะดวก และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามระดับการศึกษา กลุ่มละ 15 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 5.53, p < .001$) และค่าเฉลี่ยระดับบิลิรูบินวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.04, p < .001$)

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Master Student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Instructor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา บุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ให้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้มารดามีพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำ และช่วยลดระดับบิลิรูบินในเลือดทารก

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, ทารกแรกเกิด, ส่งไฟฟ้ารักษา, ภาวะตัวเหลืองซ้ำ, ระดับบิลิรูบิน

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a two-group posttest-only design, aimed to compare maternal behaviors in preventing recurrent neonatal jaundice and serum bilirubin levels in infants receiving phototherapy between an experimental group and a control group. The experimental group received a self-efficacy promoting program, while the control group received routine nursing care. The sample consisted of mothers and their full-term newborns admitted to the obstetrics and gynecology ward and the pediatric ward at Ratchaphiphat Hospital, Medical Department, Bangkok. Participants were selected using convenience sampling. They were matched in pairs based on educational level and then randomly assigned to either group by drawing lots, resulting in 15 pairs per group. The research instruments consisted of the program to promote maternal competence and a questionnaire of maternal behaviors in preventing recurrent neonatal jaundice with Cronbach's alpha reliability at .95. Data were analyzed using an independent t-test.

The results showed that the mean score for maternal behaviors in preventing recurrent neonatal jaundice in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t = 5.53, p < .001$). Additionally, the mean bilirubin level in infants at follow-up was significantly lower in the experimental group compared to the control group ($t = -4.04, p < .001$).

These findings indicate that the self-efficacy promoting program is effective in enhancing maternal behaviors and reducing bilirubin levels in newborns. Nursing personnel involved in neonatal jaundice care are encouraged to implement this program to support mothers in preventing recurrence and improving neonatal outcomes.

Keywords: Self-efficacy, Newborn, Phototherapy, Recurrent neonatal jaundice, Bilirubin level

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด (Mojtahedi et al., 2018) พบได้ประมาณร้อยละ 60 ในทารกคลอดครบกำหนด (Begum & Afroze, 2018) ในประเทศไทยข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 25-50 ในทารกแรกเกิดมีชีพ (Ministry of Public Health, Office of Policy and Strategy, 2017) สาเหตุของภาวะตัวเหลืองที่พบบ่อย คือ ภาวะตัวเหลืองจากสรีรวิทยา (physiological jaundice) เนื่องจากตับ และระบบทางเดินอาหารยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้ขับบิลิรูบินออกจากร่างกายได้น้อย โดยลักษณะตัวเหลืองจะปรากฏให้เห็นที่ผิวหนัง เยื่อบุตาขาว และเล็บ (Maneenil, 2016) พบได้ในทารกอายุมากกว่า 24 ชั่วโมง (Kaewprapai, 2016) และจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอด หากได้รับการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองรุนแรง คือมีระดับบิลิรูบินสูงมาก และผ่านเข้าสู่เนื้องานสมองเข้าไปสะสมในเนื้อสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้พัฒนาการล่าช้า ปัญญาอ่อน และหูหนวก (Maneenil, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทารกมีภาวะตัวเหลืองซ้ำ เมื่อมารดาพาลกลับมาตรวจตามนัด และพบอุบัติการณ์ทารกกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองซ้ำภายใน 7 วัน หลังจำหน่าย สูงถึงร้อยละ 32.2 (Booranavanich & Chakthranont, 2022) และจากสถิติของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบทารกมีภาวะตัวเหลืองซ้ำเป็นจำนวน 104, 179 และ 302 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.9, 45.5 และ 51.7 ตามลำดับ (Ratchaphiphat Hospital, 2023)

ภาวะตัวเหลืองซ้ำ หมายถึง ภาวะที่ระดับบิลิรูบินกลับมาสูงกว่าเกณฑ์อีกครั้ง หลังจากเคยลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงและมีอาการทางระบบประสาทที่ชัดเจน (Paprom, 2018) ส่งผลให้ทารกต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น ได้รับการส่องไฟอีกครั้ง หรืออาจต้องกลับมาตรวจติดตามภาวะตัวเหลืองเป็นระยะ จนกว่าระดับบิลิรูบินจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Kemper et al., 2022) รวมทั้ง สร้างความวิตกกังวลต่อบิดามารดา และครอบครัว เนื่องจากต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจติดตามหรือต้องมีการรักษาเพิ่มเติม ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง รวมถึง การสูญเสียค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ (Hensman, 2018)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การส่งเสริมให้กินนมมารดาอย่างถูกต้องและเพียงพอ การประเมินภาวะตัวเหลือง และการนัดกระตุ้นการขับถ่าย (Jazayeri et al., 2021; Dogan et al., 2022) และการประเมินการขับถ่าย (Kalasin et al., 2020) อย่างไรก็ตามพบว่ามารดามีพฤติกรรมดังกล่าวไม่ถูกต้อง ทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มารดาควรปฏิบัติตั้งแต่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟในโรงพยาบาล ไปจนถึงการดูแลต่อเองที่บ้าน จนกว่าทารกจะมีอายุครบ 14 วัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ได้แก่ ความรู้ และความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (Aggarwal et al., 2017; Kalasin et al., 2020) สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ

Bandura (1977) ที่กล่าวว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการกระทำที่สำคัญที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนาได้ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก (Narong et al, 2016) เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (Kalasin et al, 2020)

แนวคิดส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทารก มีการนำมาใช้หลากหลายกลุ่ม เช่น การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Hayeese et al, 2016) และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟในโรงพยาบาล (Kalasin et al, 2020) ทั้งการให้ตีมนมมารดาอย่างเพียงพอ และการประเมินตัวเหลือง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ควรมีการนัดกระตุ้นการขับถ่าย (Jazayeri et al., 2021; Dogan et al., 2022) และการประเมินการขับถ่ายร่วมด้วย (Kalasin et al, 2020) รวมทั้ง ไม่พบการป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำ ตั้งแต่ในโรงพยาบาล ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura (1997) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ด้วยการให้ความรู้ประกอบสื่อวิดีโอและสอนสาธิตตัวต่อตัวแก่มารดาในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และส่งมอบวิดีโอให้มารดานำไปทบทวนความรู้ซ้ำได้ผ่านบัญชีไลน์แบบทางการ (LINE Official Account) ซึ่งเป็นที่นิยมและช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล (Sungkasrisombut et al, 2022) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

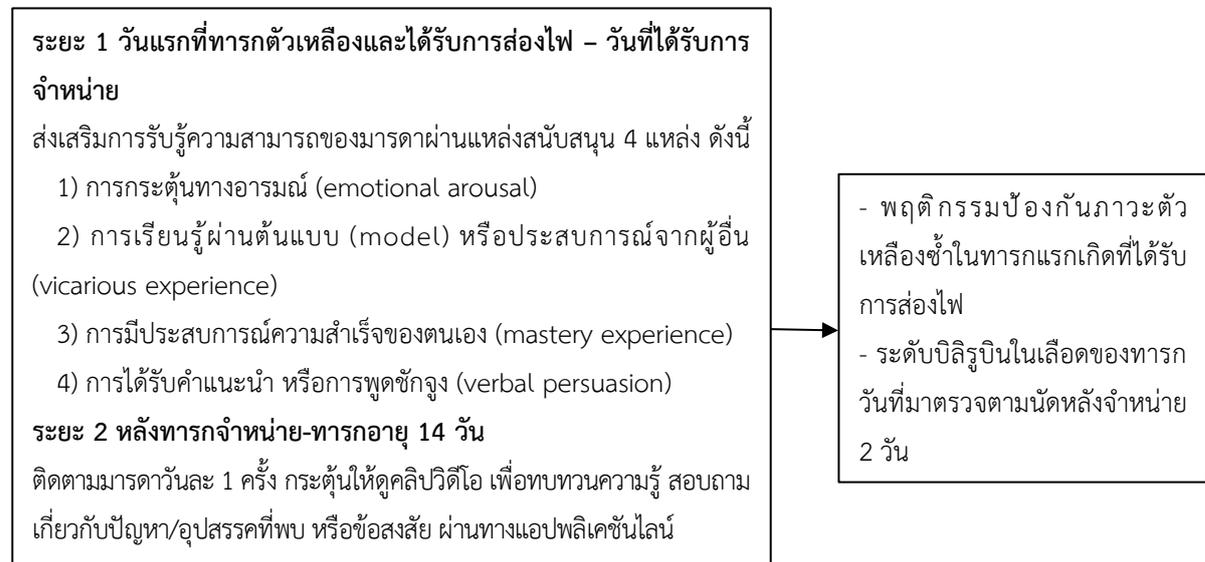
สมมติฐานการวิจัย

มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและมารดา 2) การเรียนรู้ผ่านต้นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น เช่น การให้มารดาดูวิดีโอสื่อการสอน 3) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง

เช่น การฝึกทักษะ และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ และติดตามทุกวัน สอบถามปัญหา อุปสรรคที่พบ 4) การได้รับคำแนะนำ หรือการพูดชักจูง เช่น การสอนเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มั่นใจ และใช้คำพูดชักจูงให้มารดาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง (quasi-experimental research, two groups posttest-only design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37-41⁺6 สัปดาห์ น้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาพและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ และมารดา อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด มารดาอยู่กับทารกตลอดการรักษา ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37-41⁺6 สัปดาห์ น้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองจากสรีรวิทยาและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ และมารดา อายุ 20 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9 อ้างผลการศึกษาก่อนหน้าโดยใช้ค่าความเชื่อมั่น .01 และอำนาจทดสอบ .80 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Kalasin et al. (2020)

เท่ากับ 1.52 ได้กลุ่มตัวอย่าง 11 คู่ แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าไค้ปกติ และเป็นตัวแทนของประชากร (Burns & Grove, 2001) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่มารดาและทารก จำนวน 30 คู่ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของมารดา ได้แก่ 1) วางแผนให้นมมารดาแก่ทารก 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทย 3) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ได้เป็นอย่างดี 4) ไม่มีอาการแสดงที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด เป็นต้น 5) ไม่มีปัญหาห้วงมบอด แบน บุ่ม และมีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถให้นมมารดาแก่ทารกได้ 6) ไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น และ 7) ไม่เคยมีบุตรตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟรักษามาก่อน และกำหนดเกณฑ์ของทารก ได้แก่ 1) ไม่มีภาวะลื่นติด และไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ซึ่งทำให้ไม่สามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเปลี่ยนถ่ายเลือด

กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) โดยกำหนดเกณฑ์ของมารดา ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้ไม่สามารถดูแลบุตรได้ในระยะหลังคลอด และกำหนดเกณฑ์คัดออกของทารก ได้แก่ ทารกมีภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เปลี่ยนถ่ายเลือด เป็นต้น และเกณฑ์ยุติการวิจัย (withdrawal criteria) คือ 1) มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม และ 2) ทารกกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำก่อนถึงวันตรวจตามนัด (หลังจำหน่าย 2 วัน) หรือไม่มาตรวจตามนัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามระดับการศึกษา กลุ่มละ 15 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย ระยะ 1 วันแรกที่ทารกตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ ถึงวันที่ได้รับการจำหน่าย ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ สอบถามความพร้อมของมารดา 2) การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้คลิปวิดีโอสอนสุขศึกษา และให้มารดาทบทวนซ้ำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ผ่านการฝึกทักษะ และสาธิตย้อนกลับ 4) การได้รับคำแนะนำ หรือการพูดชักจูง และระยะ 2 หลังทารกจำหน่าย ถึงทารกอายุ 14 วัน ติดตามมารดาวันละ 1 ครั้ง กระตุ้นให้ดูคลิปวิดีโอเพื่อทบทวนความรู้ สอบถามเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคที่พบ หรือข้อสงสัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของมารดาในการป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 17 ข้อ คะแนนรวม 17-85 คะแนน การประเมินผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง 63-85 คะแนน ระดับปานกลาง 40-62 คะแนน และระดับต่ำ 17-39 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะส่งเสริม

การรับรู้ความสามารถของตนเองซ้ำอีกครั้ง ในข้อที่มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับน้อย หรือไม่มั่นใจเลยจนผ่านเกณฑ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เป็นแบบสอบถามออนไลน์ มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก ประกอบด้วย 1) ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ระดับการศึกษา และอาชีพ และ 2) ข้อมูลของทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด อายุ/ระดับปิลิรูบินวันที่ได้รับการส่องไฟ ระดับปิลิรูบินวันจำหน่าย น้ำหนักวันจำหน่าย และน้ำหนักหลังจำหน่าย 2 วัน เป็นแบบตรวจรายการและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Mornthawee and Thato (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวม 30-120 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง 90-120 คะแนน ระดับปานกลาง 60-89 คะแนน และระดับต่ำ 30-59 คะแนน

3.2 แบบบันทึกระดับปิลิรูบินในเลือดทารก เป็นการบันทึกค่าปิลิรูบินจากรายงานผลจากห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ วันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 คน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับค่านิยมคัมภ์ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่า มารดามีความเข้าใจ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของมารดา และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .88 และ .97 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และ .95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองด้วยวิธีการจับฉลากและจับคู่ (matched pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันด้านระดับการศึกษา โดยมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะถูกจัดให้พักอยู่คนละบริเวณ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กิจกรรม
ทดลอง	<p>ระยะที่ 1 วันแรกที่ทารกตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ-วันที่ได้รับการจำหน่าย</p> <p>1) วันแรกที่ทารกตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) สอบถามความพร้อมของมารดา 2) การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ (model) หรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) โดยให้มารดาดูวิดีโอสื่อการสอน ณ ห้องสอนสุขศึกษา 3) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experience) ให้มารดาฝึกทักษะ และสาธิตย้อนกลับ 4) การได้รับคำแนะนำ หรือการพูดชักจูง (verbal persuasion) ผู้วิจัยคอยดูแลช่วยเหลือ ให้มารดาฝึกปฏิบัติซ้ำจนมารดามั่นใจ จากนั้น ให้มารดาสแกน QR code เพื่อเข้ากลุ่มไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์ ชื่อ ป้องกันลูกเหลืองซ้ำ การลงบันทึกการขับถ่ายของทารกทุกวัน โดยผู้วิจัยเน้นย้ำและขอความร่วมมือ ให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น ใช้เวลา 45 นาที <p>2) วันที่ทารกได้รับการส่องไฟวันที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมมารดาที่หอผู้ป่วย สอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้ไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์ และช่วยเหลือมารดาในเรื่องที่ยังไม่มั่นใจและยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที <p>3) วันที่ทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แจ้งมารดาให้ทราบเกี่ยวกับการแจ้งเตือนผ่านทางไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เพื่อเตือนให้มารดาปฏิบัติกิจกรรม แจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด และสามารถติดต่อสอบถามปัญหาได้ทางช่องแชท - ติดตามผลระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกจากเวชระเบียน
	<p>ระยะที่ 2 หลังทารกจำหน่าย - ทารกอายุ 14 วัน</p> <p>1) หลังทารกจำหน่ายถึงทารกอายุ 14 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งข้อความแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วันละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค การดูวิดีโอสั้นในเรื่องที่มารดายังไม่มั่นใจ <p>2) วันที่ทารกมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามปัญหาอุปสรรคที่พบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และนัดหมายมารดาเพื่อทำแบบสอบถามออนไลน์ ในวันที่ทารกอายุ 14 วัน - ติดตามผลระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกจากใบรายงานผลจากห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่คลินิกกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก <p>3) วันที่ทารกอายุ 14 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของมารดาในการป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ตาราง 1 (ต่อ)

กลุ่ม	กิจกรรม
ควบคุม	<p>1) วันที่ทารกตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การกระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง ไม่นำทารกออกมาอุ้มไว้เป็นเวลานาน</p> <p>2) วันที่ทารกจำหน่าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพาทารกมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพาทารกมาพบแพทย์ และผู้วิจัยติดตามระดับบิลิรูบินในเลือดของทารก จากวาระเบียน และนัดหมายมารดาเพื่อทำแบบสอบถามออนไลน์ ในวันที่ทารกอายุ 14 วัน</p> <p>3) วันที่ทารกมาตรวจตามนัด 2 วัน ผู้วิจัยติดตามผลระดับบิลิรูบินในเลือดของทารก ที่คลินิกกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>4) วันที่ทารกอายุ 14 วัน ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟซึ่งเป็นแบบออนไลน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์บัญชีส่วนตัวของมารดา</p>

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ และระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test และทดสอบความเป็นอิสระระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และสถิติการทดสอบที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่โครงการ 670079 วันที่อนุมัติ 9 กรกฎาคม 2567) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (รหัสโครงการ U021hh/67 วันที่อนุมัติ 1 ตุลาคม 2567) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และเมื่อเก็บรักษาไว้ครบ 1 ปี จะนำเอกสารของกลุ่มตัวอย่างทำลาย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ามารดากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 25.60 ปี ($SD = 8.02$) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 25.90 ปี ($SD = 5.46$) และทารกกลุ่มควบคุมอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 38.00 สัปดาห์ ($SD = .88$) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,969 กรัม ($SD = 311.94$) อายุที่เริ่มส่องไฟเฉลี่ย 1.67 วัน ($SD = .49$) บิลิรูบินวันที่ได้รับการ

ส่องไฟเฉลี่ย 11.87 mg/dl ($SD = 2.33$) น้ำหนักวันจำหน่ายเฉลี่ย 2,871 กรัม ($SD = 280.19$) น้ำหนักหลังจำหน่าย 2 วันเฉลี่ย 3,013 กรัม ($SD = 317.62$) ขับถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 4.60 ครั้ง/วัน ($SD = 1.12$) และขับถ่ายปัสสาวะเฉลี่ย 6.33 ครั้ง/วัน ($SD = 1.05$) ส่วนกลุ่มทดลองอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 38.67 สัปดาห์ ($SD = .97$) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,150 กรัม ($SD = 290.16$) อายุที่เริ่มส่องไฟเฉลี่ย 1.93 วัน ($SD = .70$) ระดับบิลิรูบินวันที่ได้รับการส่องไฟเฉลี่ย 12.77 mg/dl ($SD = 1.94$) น้ำหนักวันจำหน่ายเฉลี่ย 3,038 กรัม ($SD = 276.43$) น้ำหนักหลังจำหน่าย 2 วันเฉลี่ย 3,193 กรัม ($SD = 272.96$) ขับถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 5.47 ครั้ง/วัน ($SD = .92$) และขับถ่ายปัสสาวะเฉลี่ย 6.67 ครั้ง/วัน ($SD = .98$) ผลการเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลของมารดาและทารกทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้น การขับถ่ายอุจจาระพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean difference	t	p -value
	(n = 15)		(n = 15)				
	M	SD	M	SD			
ข้อมูลมารดา							
อายุ (ปี)	25.60	8.02	25.90	5.46	-.30	.67	.90
ข้อมูลทารก							
อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์)	38.00	.88	38.67	0.97	-.67	1.76	.09
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	2,969	311.94	3,150	290.16	-181.00	1.65	.11
อายุที่เริ่มส่องไฟ (วัน)	1.67	.49	1.93	.70	-.26	1.21	.24
บิลิรูบินวันที่ได้รับการส่องไฟ (mg/dl)	11.87	2.33	12.77	1.94	-.90	1.16	.26
บิลิรูบินวันจำหน่าย (mg/dl)	10.50	1.48	10.00	1.13	.50	1.04	.31
น้ำหนักวันจำหน่าย (กรัม)	2,871	280.19	3,038	276.43	-167.00	1.65	.11
น้ำหนักหลังจำหน่าย 2 วัน (กรัม)	3,013	317.62	3,193	272.96	-180.00	1.67	.11
จำนวนการขับถ่ายอุจจาระ (ครั้ง/วัน)	4.60	1.12	5.47	.92	-.87	2.32	.03*
จำนวนการขับถ่ายปัสสาวะ (ครั้ง/วัน)	6.33	1.05	6.67	.98	-.34	.90	.38

* $p < .05$

ข้อมูลด้านการศึกษาของมารดาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 93.33 มารดากลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.00 กลุ่มทดลองประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.33 ทารกในกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 ผลการทดสอบข้อมูลดังกล่าวพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก จำแนกตามกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		Fisher's exact test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษาของมารดา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14	93.33	14	93.33	.00	1.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	6.67	1	6.67		
อาชีพของมารดา						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	40.00	4	26.67	.27	3.49
ประกอบอาชีพ	9	60.00	11	73.33		
เพศของทารก						
ชาย	7	46.67	4	26.67	1.29	.26
หญิง	8	53.33	11	73.33		

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟเมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ($M = 100.80, SD = 12.53$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 74.80, SD = 13.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.53, p < .001$) และค่าเฉลี่ยระดับบิลิรูบินวันมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน ในทารกกลุ่มทดลอง ($M = 11.08, SD = 0.79$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 13.14, SD = 1.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.04, p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารก ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
	พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำ	74.80	13.22	100.80			
ระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกหลังจำหน่าย 2 วัน	13.14	1.81	11.08	0.79	2.06	4.04***	< .001

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.53, p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีการดำเนินการเริ่มจากในวันแรกที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ จนถึงวันที่ได้รับการจำหน่าย ทั้งการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ผ่านการสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดา ซึ่งหากมารดาได้รับการเตรียมพร้อมการกระตุ้นทางอารมณ์จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี (Kalasin et al, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayeese et al. (2016) มีการประเมินสภาพร่างกาย สร้างความไว้วางใจให้ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทารกมากกว่ากลุ่มควบคุม และมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

กิจกรรมการเรียนรู้ผ่านต้นแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) โดยให้มารดาเห็นตัวแบบจากทารก และผู้วิจัย ผ่านวิดีโอสื่อการสอนที่มีภาพ และเสียงที่ชัดเจน ประกอบด้วยเรื่อง การป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา การให้นมมารดาอย่างถูกต้องและเพียงพอ การประเมินภาวะตัวเหลือง การนัดกระตุ้นการขับถ่าย และการประเมินการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experience) ผ่านการฝึก หรือสร้างทักษะการอุ้ม การให้นม การประเมินภาวะตัวเหลือง การนัดกระตุ้นการขับถ่าย และการประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ และให้มารดาสาธิตย้อนกลับหลังจากดูวิดีโอ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย พร้อมอธิบาย และสาธิตเพิ่มเติมในส่วนที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือยังไม่มั่นใจ และติดตามเยี่ยม ฌ หอผู้ป่วยทุกวัน โดยการฝึก/สร้างทักษะ เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalasin et al. (2020) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา โดยใช้ 4 กลวิธี ตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1977) ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การได้รับคำแนะนำหรือการพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยการให้ความรู้ผ่านการสอนอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มั่นใจ ใช้คำพูดชักจูงให้มารดาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และติดตามเยี่ยม ฌ หอผู้ป่วยทุกวัน หลังทารกจำหน่าย ถึงทารกอายุ 14 วัน ติดตามกระตุ้นเตือนมารดา วันละ 1 ครั้ง กระตุ้นให้ดูคลิปวิดีโอเพื่อทบทวนความรู้ สอบถามมารดาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ หรือข้อสงสัยผ่านช่องทางแชทไลน์แอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ออฟฟิเชียลแอดคานท์ ชื่อ “ป้องกันลูกเหลืองซ้ำ” จึง

มีผลทำให้มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungkasrisombut et al. (2022) ใช้ไลน์ออฟฟิเชียลแอกเคานท์ให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่มารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า หลังทดลองมารดาที่มีความมั่นใจมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อมารดามีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงส่งผลทำให้พฤติกรรมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง และพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำของมารดาดีกว่า

2. การเปรียบเทียบระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกวันที่มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ทารกกกลุ่มที่ทดลองมีบิลิรูบินในเลือดระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.04, p < .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อมารดาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟดีกว่า ทั้งด้านการให้นมมารดาอย่างถูกต้องและเพียงพอ จึงส่งผลให้ทารกดูนมมากขึ้นได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ มีการประเมินภาวะตัวเหลือง มารดามีการประเมินภาวะตัวเหลืองของทารกทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การนัดกระตุ้นการขับถ่าย เมื่อมารดาสามารถนัดกระตุ้นการขับถ่ายได้ก็ส่งผลทำให้เลือดไหลเวียนดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ดี และการประเมินการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ มารดาสามารถประเมินการขับถ่ายของทารกได้ ดังจะเห็นว่า กลุ่มทดลองทารกมีค่าเฉลี่ยการขับถ่ายอุจจาระมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการขับถ่ายอุจจาระวันละ 5.4 ครั้ง ($SD = .92$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการขับถ่ายอุจจาระ วันละ 4.6 ครั้ง ($SD = 1.12$)

กิจกรรมในโปรแกรมมีการนัดร่างกายทารก ซึ่งช่วยส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ ทำให้ลำไส้ทำงานได้ดี ช่วยกระตุ้นการขับถ่าย ลดอาการท้องผูก และช่วยขับสารบิลิรูบิน ส่งผลให้ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับบิลิรูบินในเลือดทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟ เมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dogan et al. (2022) เปรียบเทียบจำนวนอุจจาระในแต่ละวันของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการนัดร่วมกับการส่องไฟกับกลุ่มที่ได้รับการส่องไฟอย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนัดร่วมกับการส่องไฟมีจำนวนอุจจาระในวันที่ 2 และ 3 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่องไฟอย่างเดียว ($p < .001$) และระดับบิลิรูบินในวันที่ 3 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ไม่ได้ประเมินการรับรู้ความสามารถของมารดา ก่อนการทดลอง ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ในการป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำในทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดสามารถนำรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่งไฟเพื่อส่งเสริมให้มารดาเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะตัวเหลืองซ้ำที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถปฏิบัติได้ตามกระบวนการพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (standard protocol) สำหรับการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาในกลุ่มมารดาวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- Aggarwal, B., Agrawal, A., Chaudhary, P., Gupta, G., Rana, S., & Gupta, S. (2017). Neonatal jaundice: Knowledge, attitude beliefs, and practices of postnatal mothers in a tertiary care hospital in Uttarakhand, India. *Indian Journal of Child Health*, 4(4), 603-608. <https://doi.org/10.32677/ijch.2017.v04.i04.033>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Begum, N. A., & Afroze, S. (2018). An overview of neonatal unconjugated hyperbilirubinemia and it's management. *Bangladesh Journal of Child Health*, 42(1), 30-37. <https://doi.org/10.3329/bjch.v42i1.37048>
- Booranavanich, K., & Chakthranont, N. (2022). Incidence and risks of readmission due to neonatal jaundice. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 66(4), 237–244. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (4th ed.). W. B. Saunders.
- Dogan, E., Kaya, H. D., & Günaydin, S. (2022). The effect of massage on the bilirubin level in term infants receiving phototherapy. *Explore*, 19(2), 209-213. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.05.001>
- Hayeese, W., Sap-In, N., Pichaisongkram, S., & Chaimongkol, N. (2016). Effects of the perceived self-efficacy promotion program of caregivers on quality of life of Muslim preterm infants in Naradhiwas Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 51-60. (in Thai)

- Hensman, A. M. (2018). *Neonatal readmission in term: Maternal, infant, provider and institutional factors* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Rhode Island.
- Jazayeri, Z., Sajadi, M., Dalvand, H., & Zolfaghari, M. (2021). Comparison of the effect of foot reflexology and body massage on physiological indicators and bilirubin levels in neonates under phototherapy. *Complementary Therapies in Medicine*, 59, 102684. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102684>
- Kaewprapai, K., Kitcharoen, S., & Sithithaworn, J. (2016). Evaluation of guideline for assessment of jaundice in newborns at Khlong Luang Hospital, Pathum Thani Province. *Thai Science and Technology Journal*, 24(1), 139-153. (in Thai)
- Kalasin, J., Siripul, P., & Thannadee, S. K. (2020). Effect of a maternal perceived self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy, caring behavior for preterm infants with hyperbilirubinemia, receiving phototherapy and infants' serum bilirubin levels. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 38(3), 129–138. (in Thai)
- Kemper, A. R., Newman, T. B., Slaughter, J. L., Maisels, M. J., Watchko, J. F., Downs, S. M., Grout, R. W., Bundy, D. G., Stark, A. R., Bogen, D. L., Holmes, A. V., Feldman-Winter, L. B., Bhutani, V. K., Brown, S. R., Panayotti, G. M. M., Okechukwu, K., Rappo, P. D. & Russell, T. L. (2022). Clinical practice guideline revision: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 150(3), e2022058859. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>
- Maneenil, G. (2016). Neonatal jaundice. In P. Vejvanichsanong & W. Anantasayree (Eds.), *Pediatrics 3* (pp. 103-104). Sahamitpathana Printing. (in Thai)
- Ministry of Public Health, Office of Policy and Strategy. (2017). *Strategies, indicators, and data collection guidelines of the Ministry of Public Health in fiscal year 2017*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Mojtahedi, S. Y., Izadi, A., Seirafi, G., Khedmat, L., & Tavakolizadeh, R. (2018). Risk factors associated with neonatal jaundice: A cross-sectional study from Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8), 1387. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.319>
- Mornthawee, S., & Thato, R. (2011). The effect of coaching program on maternal behavior to prevent breast feeding jaundice in full term neonate. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(1), 22-34. (in Thai)

-
- Narong, T., Suppasri, P., & Siriarunrat, S. (2016). Effect of the maternal roles enhancing program on perception of family support and success in maternal role attainment among postpartum adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(1), 15-26. (in Thai)
- Paprom, W. (2018). Effects of the supportive program and application towards care behavior of caregivers of newborns with neonatal hyperbilirubinemia undergoing phototherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 167-178. (in Thai)
- Ratchaphiphat Hospital. (2023). *In-patient statistics*. Ratchaphiphat Hospital.
- Sungkasrisombut, K., Machara, S., Promsri, M., & Panit, N. (2022). Development of health education and health counseling model using LINE official account application for mothers in caring for infants with premature births. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 623–641. (in Thai)



บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก

The Role of Nurses in Palliative Care for Patients with Dyspnea

ขวัญเรือน ชาลี^{1*}, มัทนา สาทิ¹, ละมัย โมรา¹

Khwanruan Chalee^{1*}, Mattana Satee¹, Lamai Mora¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Khwan2522@hotmail.co.th)

(Received: April 7, 2025; Revised: July 5, 2025; Accepted: July 28, 2025)

บทคัดย่อ

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากการลุกลามของโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ตาม อาการหายใจลำบากจะแย่ลงเรื่อย ๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรคและจัดการได้ยากกว่าอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรู้สึกของอาการหายใจลำบาก หายใจติดขัด เหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่มเหมือนสำลัก ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกลักษณะและความรุนแรงของอาการได้ดีที่สุด อาการหายใจลำบากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดอาการอ่อนล้า มีความวิตกกังวล รู้สึกทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิตลดลง อาการหายใจลำบากเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางด้านจิตใจ การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากมีทั้งการแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากจึงมีความสำคัญในการบริหารจัดการกับอาการหายใจลำบาก การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การติดตามอาการ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, อาการหายใจลำบาก, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Dyspnea is a prevalent and distressing symptom among patients receiving palliative care, often resulting from disease progression or concurrent pulmonary dysfunction. Its severity typically increases over time and can be more difficult to manage than many other symptoms. Patients commonly describe dyspnea as breathlessness, shortness of breath,

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University

air hunger, or a sensation of choking. Importantly, patients are the most accurate assessors of the intensity and nature of their dyspnea. The impact of dyspnea is profound, contributing to physical limitations, fatigue, anxiety, psychological distress, and a marked reduction in quality of life. Its etiology is multifactorial, involving both respiratory and cardiovascular conditions, as well as psychological factors such as fear and panic. Effective management of dyspnea in palliative care requires a comprehensive approach that includes both pharmacological and non-pharmacological interventions.

Nurses play a pivotal role in the assessment and management of dyspnea by addressing patients' holistic needs: physical, emotional, social, and spiritual. Their responsibilities include symptom monitoring, disease progression tracking, and providing education to patients and families to support self-care strategies.

Keywords: Nurses' role, Dyspnea, Palliative care

บทนำ

สถานการณ์ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายมีความซับซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะท้ายที่มีภาวะล้มเหลวของระบบต่าง ๆ เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินโรคที่จัดการหรือควบคุมอาการไม่สุขสบายได้ยาก (Wareesamarn, 2024) ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่รบกวนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมักจะรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถดำเนินชีวิต และทำกิจกรรมได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตแย่ง (Rao-Newton et al., 2024)

อาการหายใจลำบากที่เป็นสาเหตุของอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดเรื้อรัง พบร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ร้อยละ 50-70 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้ง ในโรคอื่น ๆ เช่น ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคสมองเสื่อม หรือโรคชรา ซึ่งในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและรุนแรงเพิ่มขึ้น และในช่วงเวลา 3 วันสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีอาการหายใจลำบากสูงถึงร้อยละ 90 (Rogers et al., 2023) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้ง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified death) (Kittiphovanonth & Prachakul, 2022)

อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับรู้ เป็นประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกหายใจลำบากที่แตกต่างกันไป ทั้งเชิงคุณภาพและความรุนแรง โดยมีปัจจัยจากร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เหนี่ยวนำให้เกิดการตอบสนองทางสรีรวิทยา และการ

แสดงออกทางพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจบรรยายออกมาได้ทั้งอาการหายใจไม่สะดวก หายใจเร็วหรือลึกกว่าปกติ หายใจช้ากว่าปกติ หรือรู้สึกหายใจไม่ออก อาการเหล่านี้ มีทั้งอารมณ์ และปัจจัยทางกายภาพ โดยไม่จำเป็นต้องพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้น การหายใจลำบากจึงเป็นสิ่งที่ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นหลัก (Chewaskulyong, 2021) การรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแบบประคับประคองมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Ari, 2025) โดยมุ่งรักษาที่สาเหตุซึ่งสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะหลอดลมหดรัดตัว รักษาด้วยยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบากจากภาวะชืด ให้การรักษาโดยการได้รับเลือด เป็นต้น รวมทั้ง วิธีการรักษาโดยใช้ยา เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เบนโซไดอาเซพีน (benzodiazepines) การบำบัดด้วยออกซิเจน (ambulatory oxygen therapy) และยาสเตียรอยด์ (steroids) เป็นต้น และวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้พัดลมเป่าให้เย็น การจัดทำเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊ส เป็นต้น (Rogers et al., 2023)

การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนถึงระยะสุดท้าย เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Wareesamarn, 2024) ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มักได้รับความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Sornsukolrat et al., 2024) พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และการใช้ทักษะ ตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างครอบคลุม มีการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการอย่างเหมาะสม การจัดการอาการหายใจลำบาก การติดตามอาการ การดูแลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ทั้งวิธีการใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา การดูแลทางด้านจิตใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น รวมทั้ง การเตรียมรับมือกับช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xu et al., 2022) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก สาเหตุ ผลกระทบต่อผู้ป่วย และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบากร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาเหตุของการเกิดอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากนั้น มีหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคโดยตรง เช่น มะเร็งปอด ภาวะทางเดินหายใจผิดปกติที่เคยเป็นอยู่ก่อนแล้ว เช่น หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือภาวะที่เป็นผลจากการรักษา เช่น พังผืดในปอดจากรังสีหรือยาเคมีบำบัด รวมทั้ง ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด

เลือด ระบบประสาท โลหิตวิทยา และความผิดปกติทางด้านจิตใจ เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Chewaskulyong, 2021; Sansom & Jintayon, 2019; Sittipunt, 2021)

ผลกระทบของอาการหายใจลำบาก

ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ร่างกายจะหายใจเร็วขึ้น ช่วงเวลาที่หายใจออกสั้นลง ทำให้อากาศค้างในถุงลมปอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Crombeen & Lilly, 2020) ผู้ป่วยอาจบรรยายความรู้สึกเหนื่อยออกมาแตกต่างกัน เช่น รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกแน่นหน้าอก เหนื่อย มีอาการหอบ หายใจเข้าออกลำบาก เป็นต้น ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก จะทำให้ความอยากอาหารลดลง และไม่ยอมรับประทานอาหาร ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า น้ำหนักลดลง และพักผ่อนนอนหลับได้น้อย (Rogers et al., 2023)

2. ด้านจิตใจ อาการหายใจลำบาก ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างรวดเร็ว เซลล์สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย เช่น ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกสิ้นหวัง ความมั่นคงทางอารมณ์ลดลง หงุดหงิด ซึมเศร้า ก้าว ไม่มีสมาธิ และรู้สึกวิตกกังวล ทำให้มีความต้องการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น และทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (An, 2025)

3. ด้านสังคม ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก หรืออาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระ และกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงเกิดความกลัวต่ออาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากขึ้น รวมทั้ง อาการไอมีเสมหะเรื้อรัง ร่วมกับมีน้ำหนักตัวลดลง ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้อื่น และแยกตัวออกจากสังคม (Puangkam et al., 2020)

4. ด้านจิตวิญญาณ อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความทุกข์ทรมานใจ เสียกำลังใจ หมดหวังในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ/หรือขาดศรัทธาต่อศาสนาหรือพระเจ้า ไม่เชื่อว่ากรรมมีจริง/ ไม่เชื่อว่าพระเจ้ามีจริง ความเชื่อในอำนาจการควบคุมตนเองลดลง มีความกลัวในอนาคตของตนเองและครอบครัว และกลัวความตาย (Puangkam et al. (2020)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวที่สุดในภาวะใกล้ตาย และเป็นอาการที่บ่งชี้ว่าอาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น แนวทางสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง คือ การควบคุมอาการต่าง ๆ ให้รับกวนคุณภาพชีวิตให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ดำรงชีวิตตามปกติให้ได้มากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก มี 7 ด้าน (Sittipunt, 2021) ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ สาเหตุ กลไกการเกิดอาการ แนวทางการรักษา เพื่อสามารถประเมินอาการที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยและสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1 การซักประวัติ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก โดยการสอบถามประวัติอาการหอบเหนื่อย ความรู้สึกต่อการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการ ปัจจัยกระตุ้นโรคประจำตัว ความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ตลอดจนการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มขณะซักประวัติ เช่น สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่จบประโยค ต้องหยุดหายใจเพราะเหนื่อย รวมทั้ง การค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วย และหาสาเหตุร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้มีอาการเหนื่อยมากขึ้น เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจวาย ที่อาจกระตุ้นให้อาการทางระบบหายใจมากขึ้น รวมทั้ง การตรวจร่างกายเพื่อประเมินและสังเกตการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ การหายใจทางปาก ความสามารถในการพูดลดลง เช่น การพูดได้เฉพาะประโยคสั้น ๆ และการเคาะทรวงอกเป็นต้น

1.3 การประเมินอาการหายใจลำบากด้วยแบบประเมิน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องมีความรู้และสามารถประเมินอาการที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้

1.3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสอบถามประวัติและความรู้สึกต่อการหายใจลำบากตามอักษรย่อ OPQRSTUV เพื่อจดจำได้ง่าย คลอบคลุมอาการ และข้อมูลการจัดการอาการหายใจลำบากในเบื้องต้นก่อนที่จะมาโรงพยาบาล (Sansom & Jintayon, 2019; Murphy & Simonis, 2023)

O: onset อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อใด ระยะเวลาเกิดนานเท่าใด ความถี่เกิดบ่อยแค่ไหน

P: provoking/ palliating มีปัจจัยส่งเสริมอะไร เช่น การสูบบุหรี่ หรือขณะเกิดอาการกำลังทำอะไร เช่น ยกของหนักหรือออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากบรรเทา หรือรุนแรงขึ้นได้อย่างไร

Q: quality ลักษณะของอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยบรรยายความรู้สึกต่ออาการหายใจ

R: region/ radiation มีอาการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือไม่

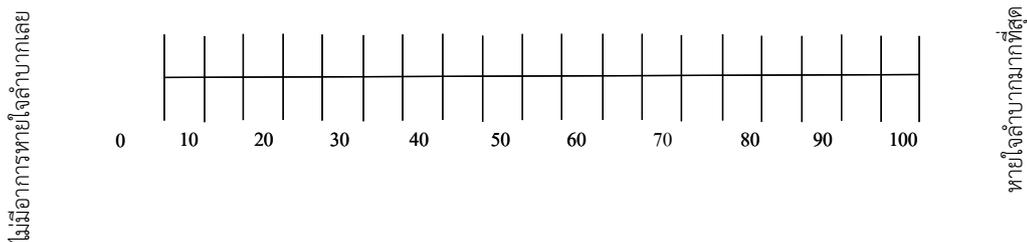
S: severity ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการปัจจุบัน อาการที่รู้สึก ดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด อาการเฉื่อยเป็นอย่างไร อาการอย่างไรที่ทำให้วิตกกังวล

T: treatment ปัจจุบันได้รับการรักษาหรือใช้ยาอะไร มีประสิทธิภาพดีหรือไม่ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างไร ในอดีตใช้ยาอะไร

U: understanding/Impact on you ผู้ป่วยเชื่อว่า มีสาเหตุของอาการหายใจลำบากจากอะไร และอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัวอย่างไร

V: value หมายถึง ความสุขสบาย หรือ ระดับของอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยยอมรับ อาจเป็นระดับอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีการตรวจร่างกาย และสังเกตลักษณะการหายใจ อาการอ่อนล้า อาการไม่สุขสบาย ร่วมกับสังเกตอาการด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า เป็นต้น

1.3.2 การประเมินความรู้สึกหายใจลำบากขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรม โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue scale: DVAS) ซึ่งเป็นแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ผู้ป่วยจะเป็นผู้ระบุตัวเลข แทนค่าอาการหายใจลำบากที่เป็นอยู่ในขณะนั้น (Gift, 1989) ดังภาพ 1



ภาพ 1 แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Gift, 1989)

1.3.3 การประเมินระดับความรุนแรงและอาการหายใจลำบาก โดยใช้เครื่องมือ Edmonton symptom assessment system (ESAS) (Wongprom, 2021; Elliot & Patterson, 2023) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง 9 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความผาสุกในการดำรงชีวิตประจำวัน และอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรวัด 10 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการหายใจลำบาก และ 10 คะแนน คือ มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย ดังภาพ 2

ไม่มีอาการปวด	มีอาการปวดรุนแรงที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้	มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า	มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีวิตกกังวล	วิตกกังวลมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/งง	มีอาการง่วงซึมสับสนมากที่สุด									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เบื่ออาหาร					เบื่ออาหารมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ					ไม่สบายกายและใจเลย					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ					มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่..... (ระบุ)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ภาพ 2 แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton symptom assessment system (ESAS) ฉบับภาษาไทย (Wongprom, 2021)

1.4 การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ว่ามีความประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยใน อนาคตอย่างไร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในกรณีที่การดำเนินโรคมามากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะ หายใจวายเรื้อรัง และอาจมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการ อย่างไร พยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยและญาติ เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เป็นการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการหายใจลำบาก ตามสาเหตุความเจ็บป่วยและความรุนแรงของผู้ป่วย หรือภาวะโรคร่วมของการหายใจลำบาก เพื่อรักษาตามสาเหตุ นั้น ๆ ของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของ แพทย์ เช่น การให้ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหอบหืด ยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยหัวใจวาย ยาปฏิชีวนะใน ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น การทำหัตถการเพื่อรักษาตามสาเหตุ ได้แก่ การดูดน้ำออกจาก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง กรณีมีน้ำอยู่ในบริเวณดังกล่าว การรักษาด้วยการส่อง กล้องเพื่อสลายก้อนมะเร็ง เป็นต้น (Chaiviboontham, 2021) โดยต้องมีความสอดคล้องกับอาการ ความ ต้องการของผู้ป่วยและญาติ และแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

2.1 ดูแลให้ได้รับการรักษาโดยใช้ยา แม้ว่าพยาบาลไม่มีบทบาทในการสั่งจ่ายยา ให้กับผู้ป่วย แต่มีบทบาทโดยตรงในการบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับ เภสัชวิทยา อาการข้างเคียง ข้อห้ามใช้ อันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งในการดูแลแบบประคับประคองมีการใช้ ยาหลายชนิด เพื่อช่วยบรรเทาอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย พยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลเพื่อ ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Chaiviboontham, 2021; Ari, 2025; Sansom & Jintayon, 2019) มีกลุ่มยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

2.1.1 กลุ่มยาโอปิออยด์ (opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน มีบทบาทสำคัญในการจัดการ อาการหายใจลำบากในการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยลดความพยายามในการหายใจ ทำให้หายใจ สะดวกขึ้น ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยลดความรู้สึกหายใจลำบาก และช่วยให้หายใจได้สบาย ขึ้น ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยามอร์ฟีนมาก่อน ต้องเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ โดยเริ่มจากมอร์ฟีนขนาด 2.5-5.0 มิลลิกรัม โดยรับประทานเมื่อมีอาการ และปรับขนาดยาตามการตอบสนองและผลข้างเคียง หากต้องการ

ยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 24 ชั่วโมง ควรเปลี่ยนการให้ยาเป็นแบบสม่ำเสมอเป็นเวลาชัดเจน หรือให้ยามอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์ยาวตามแผนการรักษา การปรับขนาดยาสำหรับผู้ป่วยที่ทนต่อยา กลุ่มนี้ อาจเพิ่มขนาดยาได้ร้อยละ 25-50 ของปริมาณยาที่ใช้ในปัจจุบันของผู้ป่วย

ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ง่วงนอน คลื่นไส้ ท้องผูก และภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น (Ari, 2025) พยาบาลควรเฝ้าระวังผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการใช้ยา โดยเฉพาะมอร์ฟีน เช่น ไม่กล้าใช้เนื่องจากเป็นสารเสพติด พยาบาลควรสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการบริหารยาที่เหมาะสม การให้ความรู้ และคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยประคับประคองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.1.2 กลุ่มยาคลายความกังวล (anxiolytics) ช่วยลดภาวะวิตกกังวล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลร่วมกับอาการหายใจลำบาก โดยใช้ร่วมกับยามอร์ฟีน ซึ่งจะให้ผลดีต่อการช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ดีกว่าการใช้มอร์ฟีนเพียงอย่างเดียว ยากลุ่มนี้ ได้แก่ เช่น ลอราซีแอม (lorazepam) ขนาด 0.5-1.0 มิลลิกรัม โดยการรับประทานหรืออมใต้ลิ้น เวลามีอาการวิตกกังวลหรือกลัว จนกว่าอาการจะดีขึ้น และสามารถให้ได้ต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง หรือการใช้ยาไดอะซีแอม (diazepam) ขนาด 5-10 มิลลิกรัม (2-5 มิลลิกรัมในผู้ป่วยสูงอายุ) จนกว่าอาการจะดีขึ้น และสามารถให้ได้ต่อเนื่องทุก 6-8 ชั่วโมง เป็นต้น (Sansom & Jintayon, 2019)

2.1.3 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำเกิน จากภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหายใจลำบากจากการอุดตันของหลอดเลือดดำ superior vena cava (SVC obstruction) การขับปัสสาวะ จะทำให้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยดีขึ้น

2.1.4 กลุ่มยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ช่วยการรักษาภาวะหลอดลมหดเกร็งตัว ทำให้หลอดลมขยายตัว และอาจช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก

2.1.5 กลุ่มยาสเตียรอยด์ (steroids) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีการอุดตันทางเดินน้ำเหลือง หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลอดลมอุดตันจากการอักเสบของหลอดลม (acute exacerbation of COPD)

2.1.6 กลุ่มยาละลายเสมหะ (mucolytic) ช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะมีความเหนียวลดลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้น

2.1.7 การบำบัดด้วยออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการให้ออกซิเจน มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน

2.2 การจัดการอาการหายใจลำบากแบบไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากความไม่สุขสบายจากอาการหายใจลำบาก จึงควรใช้เป็นวิธีแรกในการบรรเทาอาการก่อนเริ่มการใช้ยาในผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้เอง พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการควบคุม และจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง (Sansom & Jintayon, 2019; Chaiviboontham, 2021) ดังนี้

2.2.1 การฝึกหายใจ โดยการห่อปาก (pursed lip breathing) สามารถลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่มโรคหายใจลำบากแบบเรื้อรัง เพราะจะทำให้หายใจช้าลงและลึกมากขึ้น ช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอด และลดอัตราการหายใจ โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย หายใจเข้าทางจมูกนับในใจ 1-2 หลังจากนั้นหายใจออกทางปากคล้ายผีวปากนับในใจ 1-2-3-4 เมื่อหายใจออกหมดแล้วหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที จึงทำซ้ำอีก 2 รอบ ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

สำหรับการหายใจโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing) เป็นการหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุด และได้ลมเข้าออกจากปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าสบายหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณตรงกลางทรวงอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับในใจ 1-2 ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก จนรู้สึกว่ามีมือข้างที่วางบริเวณท้องเคลื่อนที่สูงขึ้น และบริเวณทรวงอกจะเคลื่อนไหวน้อยลง หายใจทางปากคล้ายผีวปากนับในใจ 1-2-3-4 กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหดตัวสังเกตได้จากหน้าท้องจะยุบลง พร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยออกแรงกดเบา ๆ บนหน้าท้องขณะหายใจออก

2.2.2 การจัดทำ ซึ่งทำนั้งที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก คือการนั้งห้อยขาที่ขอบเตียง และให้แขนทั้งสองข้างวางบนหมอน หรือนั้งบนเก้าอี้เอนตัวไปข้างหน้า กางขาออก และใช้ศอกวางบนเข่า

2.2.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจกรรมได้อย่างอิสระเท่าที่ทำได้ รวมทั้ง การสงวนพลังงาน และการจัดลำดับกิจกรรม เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการพักและการทำกิจกรรม โดยมีหลักการคือ พักก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรม และเลือกช่วงเวลาที่ดีที่สุดของวันในการทำกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle strengthening) ป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้เหมาะสมกับอาการในขณะนั้น กิจกรรมการออกกำลังกาย มีดังนี้ (Chaiviboontham, 2021)

1) ทำยืดกล้ามเนื้อทรวงอก (stretching the muscle of the chest wall) ยืนตรง แขนทั้งสองข้างแนบลำตัว กางแขน แขนทั้งสองข้างยกขึ้นเหนือศีรษะให้หมุนฝ่ามือออกข้างนอก พร้อมหายใจเข้าทางจมูกนับ 1-2 หลังจากนั้นปล่อยแขนลงข้างลำตัว พร้อมหายใจออกทางปากแบบห่อปาก นับ 1-2-3-4 ทำซ้ำ 4 ครั้ง

2) ทำเปิดอก (opening the chest) นั้งหรือยืนตัวตรง แขนอยู่ด้านข้างของลำตัว หันฝ่ามือมาทางด้านหน้า เคลื่อนแขนไปด้านหลังให้ไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ หายใจเข้าทางจมูกขณะที่เคลื่อนแขน และเคลื่อนแขนจากข้างหลังมาด้านหน้าพร้อมหายใจออกโดยการห่อปาก ทำซ้ำ 4 ครั้ง

3) ทำหมุนข้อศอก (elbow circles) วางมือบนไหล่ทั้งสองข้าง หมุนข้อศอกจากด้านหน้าไปด้านหลัง และด้านหลังมาด้านหน้าให้เป็นวงกลมขณะยกข้อศอกขึ้นหายใจเข้า และหายใจออกเมื่อหมุนข้อศอกลง หมุนมาทางด้านหน้า 10 ครั้ง และด้านหลัง 10 ครั้ง

4) ท่ายักไหล่ (shoulder shrug) นั่งหรือยืนตรง วางแขนทั้งสองข้าง ลำตัวหันฝ่ามือไปด้านหลัง หายใจเข้าขณะพร้อมยกและหมุนไหล่ไปด้านหน้าและหลังค้างไว้ 3-5 วินาที หายใจออกขณะที่เคลื่อนไหวลงในท่าปกติทำซ้ำ 10 ครั้ง

5) ท่าบินนก (chest fly) นั่งตัวตรงมือทั้งสองข้างอยู่ที่บริเวณหู หันฝ่ามือมาด้านหน้า หายใจออกช้า ๆ ให้ฝ่ามือเข้าหากัน หายใจเข้าให้ฝ่ามือไปด้านหลัง

6) ท่าปั่นเนย (churn the butter) นั่งตัวตรง ให้มืออยู่ในท่าสวดมนต์ หมุนมือให้กว้างที่สุดเหมือนกับการปั่นเนย โดยหมุนไปทางด้านซ้าย 10 ครั้ง พัก และหมุนในทิศตรงกันข้าม 10 ครั้ง

2.2.4 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยจัดห้องพักที่มีอากาศเพียงพอมีการระบายที่ดี ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ หรือเปิดพัดลม ให้มีลมพัดเบา ๆ ผ่านบริเวณใบหน้า ซึ่งมีใยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) เป็นตัวรับรู้อาการหายใจลำบาก เนื่องจากแรงลมจะช่วยลดการกระตุ้นตัวรับรู้อาการหายใจลำบาก บริเวณใบหน้า จะทำให้ความรุนแรงของการหายใจลำบากลดลง

2.2.5 การปรับแบบแผนการรับประทานอาหารและประเภทของอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก และอาหารปริมาณมากในแต่ละมื้อ เนื่องจาก ภาวะอาหารเต็มระดับกระบังลมทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลม และพื้นที่ปอดลดลง รวมทั้ง อาหารมื้อหนักจะทำให้เพิ่มผลผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มการใช้ออกซิเจน

2.2.6 การบำบัดร่วมอื่น ๆ เช่น การสร้างจิตภาพหรือการฝึกสมาธิ การฝังเข็ม และการกดจุดช่วยลดอาการหายใจลำบากได้

3. การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยอาจมีความกลัว รู้สึกผิด โดดเดี่ยว ความกังวลทางใจเพิ่มขึ้น ซึมเศร้า มีเรื่องปมในใจที่เกิดขึ้นในอดีต รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความหวัง ปลีกตัวออกจากสังคม และรู้สึกว่าเป็นภาระให้ครอบครัว เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ อาจทำได้โดยการทำตามหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น ศาสนาพุทธ แนะนำให้ผู้ป่วยทำสมาธิระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์และคุณงามความดีที่ได้กระทำให้มา ศาสนาอิสลาม แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ ทำจิตใจให้สงบนิ่ง เป็นต้น พยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจ เห็นอกเห็นใจ ฟังด้วยใจเป็นกลาง และไม่ตัดสินเรื่องของผู้ป่วยเล่า ค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า ความรัก การให้อภัย ความเชื่อทางศาสนา การให้กำลังใจ/ ชมเชยเกี่ยวกับความสามารถ ความสำเร็จที่ผ่านมา สัมผัสปลอดภัย ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาในใจของผู้ป่วยในเรื่องอดีตให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เผยความในใจหรือสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น การช่วยต่อโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยคุยกับญาติ การจับมือ บีบมือด้วยความนุ่มนวล เป็นต้น พยาบาลควรแสดงออกถึงความจริงใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงจะเผยความรู้สึกในใจหรือสิ่งที่ค้างคาใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาในใจไม่มีอะไรที่ติดค้างในใจ กรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระทางด้านการเงิน/ค่าใช้จ่าย หรือผู้ป่วยไม่มีญาติหรือไม่มีผู้ดูแลพยาบาลควรให้

คำแนะนำปรึกษา และประสานงานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อจัดหาผู้ดูแล หรือสถานสงเคราะห์ที่เหมาะสม (Sansom & Jintayon, 2019; Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020)

4. การร่วมวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าและการวางแผนเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในกรณีที่รักษาด้วยยา หรือการรักษาตามสาเหตุแล้ว อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค เป้าหมายการรักษาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งเน้นที่ดูแลจัดการอาการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลต้องอาศัยความละเอียดอ่อน ความสัมพันธ์ที่ดีในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวควรใช้ภาษาที่พูดคุยประจำวันเพื่อให้เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและค้นหาข้อมูลความเข้าใจโรคของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การปฏิเสธการรักษาแบบยื้อชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการระบุสถานที่ที่ต้องการอยู่ เมื่อใกล้ตาย เพื่อสามารถให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Sansom & Jintayon, 2019; Pairojkul, 2021)

5. การสื่อสารและการให้การปรึกษา พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้าย มีทักษะการใช้การสื่อสารเพื่อการรักษา การบอกความจริง การบอกข่าวร้าย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ความรู้ คำแนะนำการสอนผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง การเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล การสื่อสารเพื่อให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบาก พยาบาลต้องสื่อสารโดยใช้คำถามปลายปิด ใช้คำพูดสั้น ๆ เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยตอบคำถามโดยการพยักหน้า หรือส่ายหน้า รวมทั้ง ในผู้ป่วยที่ไม่มีแรงในการพูด พยาบาลต้องใช้วิธีการอ่านริมฝีปากของผู้ป่วยในขณะที่พูด และแม้ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลียมากจนไม่สามารถพูดได้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถได้ยินและเข้าใจสิ่งที่ญาติพูดได้ สามารถสนทนากันได้ด้วยเสียงปกติที่ไม่ดังเกินไปและไม่ต้องปรับเสียงจนเหมือนเสียงกระซิบ สามารถกอดหรือสัมผัสผู้ป่วยได้ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีจึงช่วยเสริมพลังอำนาจเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกรักคุณค่าของผู้ป่วย (Sekse et al., 2017; Chaiviboontham, 2021)

6. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษา ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ตลอดจนติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้ง สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การร่วมประเมินปัญหาและวางแผนการดูแล ให้การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ การส่งปรึกษาเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองที่มี

อาการหายใจลำบาก กรณีญาติต้องการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ผู้ป่วยอยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนในการดูแลต่อเนือง พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยการพยาบาลต่อเนือง นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลที่บ้าน การประเมินค่าใช้จ่าย การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อโรงพยาบาลกลับบ้าน รวมทั้ง การดูแลสภาพจิตใจครอบครัวของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานกับนักอาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือจัดการด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เป็นต้น (Subwongcharoen & Chintapanyakun, 2020; Chaiviboontham, 2021)

7. การจัดการผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ พยาบาลควรสามารถกำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดของการพยาบาลแบบประคับประคอง สร้างหรือใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ การวางระบบการประเมิน และการบันทึกผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด วิเคราะห์และจัดทำรายงานการดูแลตามตัวชี้วัด ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ต้องได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 2) ด้านครอบครัว คือการให้ความสำคัญกับสิ่งที่ครอบครัวเผชิญ เช่น ความเหนื่อย ความเครียด การสูญเสียความเป็นส่วนตัว เป็นต้น และ 3) ด้านคุณภาพการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการดูแล ความพึงพอใจต่อการดูแล การได้รับข้อมูล การได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ (Chaiviboontham, 2021) เพื่อการนำผลลัพธ์มาใช้พัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จึงเป็นเครื่องชี้วัดของบุคลากรในด้านบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ จึงควรนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ และนำไปใช้มาพัฒนากิจกรรมในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด

บทสรุป

อาการหายใจลำบากเป็นอาการรับรู้หรือตระหนักถึงความรู้สึกที่เป็นของเฉพาะบุคคลต่อการหายใจที่ผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจะเป็นผู้บอกสาเหตุ ลักษณะ ความรุนแรงของอาการ ผลกระทบของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย อ่อนล้า รู้สึกท้อแท้หมดหวัง หากอาการหายใจลำบากไม่ได้รับการแก้ไข หรือจัดการอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

พยาบาลควรตระหนักต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง และให้ความสำคัญต่อความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกเล่าอาการ มีการประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และให้การดูแลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรง เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา มีการวางแผนการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการจากความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากทั้งการให้คำปรึกษา การสื่อสาร การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือ และจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง การส่งเสริม ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้

ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- Ari, E. (2025). Dyspnea management in palliative care: current approaches and treatment strategies. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 6(2), 167-173. <https://doi.org/10.47582/jompac.1641795>
- Chaiviboontham, S. (2021). Nurse's role in palliative care. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwirot, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Book 2*. Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Chewaskulyong, B. (2021). Respiratory symptoms (dyspnea, cough and hemoptysis). In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwirot, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care books 1* (pp. 227-294). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology*, 27(3), 142-145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
- Elliot, K., & Patterson, K. H. (2023). Palliative and end-of-life care. In J. M., Brant (Ed.), *Core curriculum for oncology nursing-E-book* (7th Ed.) (pp. 28-44). Elsevier.
- Gift, G. A. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x>
- Kittiphovanonth, S., & Prachakul, R. (2022). Palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 7(4), 64-74. (in Thai)
- Murphy, M. C., & Simonis, J. (2023). Assessment tools for dyspnea and respiratory distress at the end of life #453. *Journal of palliative medicine*, 26(4), 582-583. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0558>
- Pairojkul, S. (2021). *Palliative and end-of-life care manual (for healthcare professionals)*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Puangkam, A., Suwansri, D., Yamsri, T., Saengrueang-eak, M., & Towannang, R. (2020). The impact of patients and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(2), 303-316. (in Thai)

- Rao-Newton, A., Gallagher, E., Mickelsen, J., Sanchez, C., Forby, F., Andrews, K., Hosie, A., Sheehan, C., DeNatale, M., & Agar, M. (2024). Timely assessment of breathing-related distress in community palliative care: A multidisciplinary collaborative quality improvement project. *Journal of palliative medicine, 27*(3), 324-334. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0576>
- Rogers, J. B., Modi, P., & Minter, J. F. (2023). *Dyspnea in palliative care*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>
- Sansom, N., & Jintayon, M. (2019). *Nursing manual for palliative care of patients with respiratory difficulty*. Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University. (in Thai)
- Sekse, R. J. T., Hunskar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 21–38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Sittipunt, C. (2021). Palliative care in patients with end stage lung disease. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwiroj, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Books 2* (pp. 601-609). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Sornsukolrat, V., Bosittipichet, T., Theerawech, T., & Leesri, T. (2024). Comparison of the effectiveness between handheld fan and diaphragmatic breathing to decrease dyspnea in palliative care patients. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 18*(3), 815–828. (in Thai)
- Subwongcharoen, N., & Chintapanyakun, T. (2020). Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(1), 26-34. (in Thai)
- Wareesamarn, N. (2024). Development of a palliative care model to enhance quality of life for end-of-life patients based on WHO guidelines in Pattani Province. *Journal of Environmental and Community Health, 9*(6), 28–39. (in Thai)
- Wongprom, I. (2021). Symptom assessment in palliative care. In L. Chanwet, P. Chanthong, K. Nakwiroj, & P. Tisyakorn (Eds.), *Textbook of palliative care, Book 1* (pp. 81-89). Thai Palliative Care Society. (in Thai)
- Xu, S., Wang, X., & Wang, R. (2022). The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine, 11*(8), 2586-2599. <https://doi.org/10.21037/apm-22-162>



คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โปรแกรม Microsoft Office Word for Windows 2013 หรือสูงกว่า ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3.17 เซนติเมตร และด้านขวา 2.54 เซนติเมตร จำนวน 10-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ใ้หน้าแรกตรงกลาง หน้ากระดาษ

3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล

4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ

5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำตอบบทคัดย่อ

6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

7. การเรียงหัวข้อในเนื้อหา หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยย่อหน้าจากหัวข้อใหญ่ และห่างจากหัวข้อถัด ๆ ไป 3 – 5 ตัวอักษร (เคาะ 1 tab) ขนาดตัวอักษรปกติ

8. ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด 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 (รวม การตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

9.9 ผลการวิจัย

9.10 การอภิปรายผล

9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการ วิจัยครั้งต่อไป

9.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

9.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9.14 เอกสารอ้างอิง

10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อภาษาไทย

10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

10.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

10.4 เอกสารอ้างอิง

11. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลข ตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association) ใน รูปแบบที่วารสารกำหนด ดังนี้

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 ¹ and Surname ² (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname ¹ & Surname ² , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname ¹ et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname ¹ 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 ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) การใส่ผู้ชื่อสกุลผู้แต่ง กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อสกุล ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ตามด้วยชื่อสกุลลำดับสุดท้าย

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.</p> <p>Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE.</p> <p>Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press.</p> <p>กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ</p> <p>McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5th ed.). Elsevier.</p> <p>บทในหนังสือ</p> <p>Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9th ed., pp. 1-18). Elsevier.</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>*ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.</p>
บทความ ในวารสาร	<p>แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI</p> <p>ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. <i>ชื่อวารสาร</i>, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.</p> <p>Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & 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>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. https://doi.org/เลข doi Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., & Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001</p> <p>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators) ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. & 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. https://so1.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., & 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. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030</p>
วิทยานิพนธ์ คุณนิตินันท์	<p>ไม่ได้ตีพิมพ์ 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>จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai)</p> <p>จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ 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>
รายงาน	<p>จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น 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>



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น 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. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), <i>ชื่อหัวข้อการประชุม</i> (p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) 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, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i> . SHS Web of Conferences. https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & 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. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). <i>ชื่อบทความ</i> . ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i> . https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

การส่งบทความ

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



แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....
.....
ภาษาอังกฤษ.....
.....

ประเภทบทความ บทความวิจัย บทความวิชาการ

2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ใช่ ไม่ใช่

3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:

(กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสสถิติ.....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



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....
 หน่วยงาน ชื่อ

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

บทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

บทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

โดยได้ชำระเป็น

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งรูปเล่มวารสารและใบเสร็จรับเงิน)

ลงนาม

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ กรุณาส่งใบนำส่งบทความ ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์วารสาร และหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมมายัง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา 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/>



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