วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (ONLINE)

ปีที่ 9 ฉบับ 3 กันยายน – ธันวาคม 2569
(Vol. 9 No.3 September – December 2026)



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (THAI JOURNAL CITATION INDEX: TCI)
กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารมีคณะกรรมการพิชญพิจารณ์ (Peer-review) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความวิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศีรีรัฐยา ตำบลธงชัย
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@pckpb.ac.th

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวณิชา ชื่นกองแก้ว

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

กองจัดการ

อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์
นางโสภิษฐ์ มิตรดี

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน
ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม
ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online)
ได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พ.ศ. 2568-2572)

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์เกียรติคุณบุญทิพย์ สิริธรังศรี
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ศาสตราจารย์รัตน์ศิริ ทาโต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์สายสมร เฉลยกิตติ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
รองศาสตราจารย์ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์อติญาณ์ ศรเกษตริน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
รองศาสตราจารย์มนพร ชาติชำนิ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
รองศาสตราจารย์อรัญญา เชาวลิต
สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุกร์ใจ เจริญสุข
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รพีพรรณ นาคบุบผา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทร์จิรา สีสว่าง

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 9 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2569 นี้ มีบทความวิจัย (Research article) จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และบทความวิชาการ (Academic article) จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ 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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

บรรณาธิการ

สารบัญ

☐ บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยา ภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส 1
The Developing a Tuberculosis Care Model Using Directly Observed Treatment Combined with Electronic Medication Adherence at Rangae Hospital, Narathiwat Province
กัรตีนี ครุนันท์, คอลิด ครุนันท์*, ธวัชชัย แสงโสภา
Kartinee Karunan, Kholid Karunan*, Thawatchai Sangsopha

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา 17
Nurses' Experiences in Caring for Psychiatric Patients with Aspiration Pneumonia: A Descriptive Phenomenological Study
ชิษณุพงศ์ สายสิทธิ์, ชุติมา ศรียี่ทอง*, พัชริดา ใช้ศรีทอง, วรางคณา สายสิทธิ์
Chisanupong Saisit, Chutima Sriyeethong*, Patcharida Chaisrithong, Warangkana Saisit

ผลของแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 32
Effects of an Online Learning Platform for Caregivers on Knowledge of Dementia Prevention in Older Adults
ขวัญหทัย คำวันดี, จันจิรา อ่อนอารี, ปาริชาติ ราชคต, ภานุสร เพลียมา, สุวัฒน์ชัย หงษ์ศรีทอง, สมเกียรติ สุทธรัตน์*
Kwanhatai Khamwandee, Janjira Onaree, Parichat Ratchakhod, Phanuson Phliama, Suwatchai Hongsrithong, Somkiat Suttharat*

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 47
The Effects of a Self-Management Promotion Program Through Online Application on Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ดุษฎี พูลทรัพย์*, ยุพา วงศ์รสไตร
Dussadee Punsap*, Yupa Wongrostai

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิจัย (ต่อ)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก 61
Development and Evaluation of the Effectiveness of an Infant Intramuscular Injection Training Manikin
จิรารัตน์ พร้อมมูล, ตวงพร มั่งมี*, ชุติมา เพิงใหญ่, ชัญญานุช เครือหลี,
กฤติกา อินทรณรงค์, วรงรอง เนลสัน
Jirarat Prommul, Tuangporn Mangmee*, Chutima Perngyai, Chanyanuch Klerlhee,
Kritika Intaranarong, Warongrong Nelson

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน 74
ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล
Effectiveness of a Behavior Change Program for Toothbrush Replacement among Working-age Adults Based on the PBRI Model
ชัญญานุช อินใจยา, ชุตินภา อัศวตระกูลกิจ, ปาริชาติ เชียงทา, ยุทธนา แยบคาย*,
วิชัย เทียนถาวร, ส่งศักดิ์ สุขสันต์
Chanyanut Injaiya, Chutinapa Assawatrakulkij, Parichat Chiangta, Yutthana Yaebkai*,
Vichai Tienthavorn, Songsak Suksan

การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการ 90
ตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด สบช. โมเดล
พื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง
จังหวัดเพชรบุรี
An Evaluation of the Capacity Building Project for Health Behavior Modification Core Leaders in Self-Management for the Prevention and Control of Diabetes and Hypertension Based on the PBRI Model, Navamintharachini 60th Anniversary Commemorative Health Center, Ban Ruam Chai Phatthana, Pa Deng Subdistrict, Phetchaburi Province
สถาพร แถวจันทึก, ศศธร ศรีคำ*, ธนาวุฒิ รวมสุก,
ทิพวัลย์ พราหมณ์น้อย, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์
Starporn Taeochanthuek, Sasathorn Srikam*, Thanawoot Ruamsook,
Thippawan Pramnoi, Churairat Duangchan

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิจัย (ต่อ)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 107

The Effect of an Exercise Promotion Program using Ramwong Mueang Phetchaburi Song on Exercise Behavior and Fasting Blood Glucose Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, อัญชนา จุลศิริ*, กมลพรรณ วัฒนากร, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์, ทิพวัลย์ พราหมณ์น้อย

Panisara Songwatthanayuth, Anchana Julsiri*, Kamonpun Wattanakorn, Jintipa Sirikunwiwat, Thippawan Pramnoi

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 123

The Effects of a Resilience Enhancement Program on Depression among Older Adults with Chronic Illnesses

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, ดวงหทัย ยอดทอง*

Preedanan Prasitvej, Yaowaluck Meebunmark, Duanghathai Yodthong*

ประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย 140

Experiences of Gastrointestinal Bleeding and Support Needs among Patients Admitted to Medical Wards: A Descriptive Qualitative Study

ผกามาศ พีธรากร, โสภา หมู่ศิริ*

Phakamard Pheetarakorn, Sopa Moosiri*

ประสิทธิผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่ายาง 155

Effectiveness of Childbirth Preparation on Knowledge and Pain Coping Behaviors During Labor among Primiparous Women at Tha Yang Hospital

วรภร ปานพ่วง, ยุคลธร แจ่มฤทธิ์*

Waraphon Panphaung, Yukonton Jamrit*

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ: การพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการปฏิบัติในบริบทไทย 169

The Role of Community Nurses in Music-Based Interventions in Nursing to Promote Older Adults' Wellbeing: Developing Competencies and Practice Guidelines for the Thai Context

พัชรี แวงวรรณ, วิชญ์ บุญรอด*

Patcharee Wangwun, Vich Boonrod*

☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ 183

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 1-16

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

The Developing a Tuberculosis Care Model Using Directly Observed Treatment Combined with Electronic Medication Adherence at Rangae Hospital, Narathiwat Province

กัรตีนี ครุนันท์[1], คอลิด ครุนันท์[2]*, ธวัชชัย แสงโสภา[3]

Kartinee Karunan[1], Kholid Karunan[2]*, Thawatchai Sangsopha[3]

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

(Received: February 6, 2025; Revised: July 16, 2026; Accepted: July 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) การพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และ 3) ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 45 คน เก็บรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .82 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยการวัดความรอบรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับมาก (M = 17.09, SD = 1.25) สูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (t = 20.48, p < .001) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก (M = 4.09, SD = .62)

พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสม

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส
Registered Nurse (Professional Level), Rangae Hospital, Narathiwat Province

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
Registered Nurse, Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province

และเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยวัณโรค

คำสำคัญ: วัณโรค, การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง, การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

Abstract

This research and development (R&D) study was conducted in three phases: 1) examining the current situation of tuberculosis (TB) medication adherence care through a systematic literature review; 2) developing a tuberculosis patient care model incorporating treatment supporters for Directly Observed Therapy (DOT) combined with Video Observed Treatment (VOT) through electronic communication technology, and 3) evaluating the effectiveness of the developed model using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 45 patients with tuberculosis. Data were collected using a demographic questionnaire, a tuberculosis literacy questionnaire with a Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) reliability coefficient of .82, and a satisfaction questionnaire regarding the developed care model. Data were analyzed using descriptive statistics and paired *t*-tests.

The findings revealed that, after receiving the intervention, the participants demonstrated a high level of tuberculosis literacy (M = 17.09, SD = 1.25), which was significantly higher than their pre-intervention score (t = 20.48, $p < .001$). Participants also reported a high level of satisfaction with the developed care model (M = 4.09, SD = .62).

The developed tuberculosis care model, which integrates treatment supporters for directly observed therapy with electronic medication observation, can be applied by professional nurses, public health personnel, village health volunteers, and healthcare facilities in Thailand’s southern border provinces as a practical approach to improving tuberculosis care and promoting better health outcomes among patients with tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis, Directly observed treatment (DOT), Video observed treatment (VOT)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ปัญหาวัณโรคของประเทศไทยไว้ว่า จะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทมากถึงปีละ 100,000 ราย (อุบัติการณ์ 157 ต่อแสนประชากร) และมีอัตราการเสียชีวิตมากถึงปีละ 13,460 ราย รวมทั้ง คาดว่าจะมีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมากถึงปีละ 2,880 ราย (World Health Organization, 2024) อีกทั้ง ยังมีการรายงานสถานการณ์วัณโรคประเทศไทยในปี 2563-2565 ตามข้อมูลของระบบโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับขึ้นทะเบียนรวม

ทั้งสิ้น 822,930 ราย (National Tuberculosis Information Program, 2022)

ตามแนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2017) ยังคงแนะนำให้ใช้การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (directly observed treatment: DOT) เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้ง ป้องกันการขาดยาและการเกิดวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Department of Disease Control, 2018) กลยุทธ์ดังกล่าวดำเนินการผ่านระบบ DOTS (directly observed treatment, short-course) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำกับการรับประทานยาให้ครบทุกขนานและถูกต้องตามขนาดที่กำหนด 2) บันทึกการรับประทานยาลงในแบบบันทึกการกินยา (DOT card) 3) ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย 4) ให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพ และ 5) แนะนำการทำลายเสมหะและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (World Health Organization, 1999) ผลการจากการศึกษาของโรงพยาบาลจำนวน 110 แห่ง ในช่วงปี ค.ศ. 2013–2016 พบว่าการใช้ DOT ในการกำกับ ติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาสูงกว่าร้อยละ 85 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (Reviono et al., 2019) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามแนวทาง DOT ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การเข้าถึงบริการ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรสูง ดังนั้น จึงได้มีการนำการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (video observed treatment: VOT) มาใช้เสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้ DOT ร่วมกับ VOT ช่วยลดภาระการเดินทางของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพิ่มความสะดวกในการกำกับการรับประทานยา และส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษา รวมทั้ง ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค (Richard & Riddhi, 2019) ดังนั้น การบูรณาการแนวทาง DOT ร่วมกับ VOT จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการรักษา โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานและการเดินทางข้ามพรมแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้านเป็นประจำ

แม้ว่ารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน ซึ่งใช้ตามแนวทางและขั้นตอนในการดูแลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธีการรับประทานยาภายใต้การสังเกต (DOT) แต่จากข้อมูลของโรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส ปี 2564-2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวนสูงมากถึง 105, 127 และ 148 ราย ตามลำดับ (National Tuberculosis Information Program, 2023) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่มีท่าทีจะลดลง อีกทั้ง เป็นพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นเขตพื้นที่จำเพาะ ชุมชนมีการกระจายตัวค่อนข้างมาก จึงมีข้อจำกัดทางด้านระยะทางในการเดินรักษา และการติดตามเยี่ยมของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเป็นพื้นที่มีการย้ายถิ่นและการเดินออกไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน (ประเทศมาเลเซีย) ซึ่งส่งผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หากมีแนวทางที่เหมาะสมกับข้อจำกัดดังกล่าวจึงน่าจะส่งเสริมให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนลดน้อยลง ผู้วิจัยจึงทำการสืบค้นหาแนวทางการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับ

การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการศึกษาพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเสริมสร้างความรู้ของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยวันโรคผ่านวิธีการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้สอดคล้องตามบริบทข้อจำกัดของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ และเป็นแนวทางในการประยุกต์ในพื้นที่ชายแดนอื่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อระบาดวิทยาและอนามัยสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส ประยุกต์ใช้แนวทางการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2018) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1999) โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการการกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา โดยประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคัดเลือกและเตรียมความพร้อมพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา 2) การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) 3) การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิดีโอคอล หรือการส่งคลิปวิดีโอ (VOT) 4) การติดตามอาการข้างเคียงและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ5) การติดตามผลการรักษาและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อระดับความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development: R &D) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค

เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับ

การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris et al., 2024) ดำเนินการ ดังนี้

1. สืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, ProQuest Dissertation & Theses, Embase, MEDLINE, PubMed, Ovid, Scopus, ScienceDirect, Cochrane Library, Web of Science, ThaiLIS (Thailand Library Integrated System), ThaiJO (Thai Journal Online), และ Thai Digital Collection (TDC) โดยใช้คำสืบค้นทั้งภาษาไทยโดยใช้คำสำคัญ (keywords) ได้แก่ ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค การกำกับการรับประทานยา พี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา และการติดตามผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และภาษาอังกฤษ ได้แก่ Tuberculosis, Directly Observed Treatment (DOT), Video Observed Treatment (VOT)

2. คัดเลือกงานวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ตรงเกณฑ์ 100% คือ เป็นงานวิจัย ใช้ DOT หรือ VOT หรือ DOT ร่วมกับ VOT ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2013 – 2023 เป็นบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text) ตีพิมพ์ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และมีการรายงานผลลัพธ์การรักษาหรือผลการติดตามการรับประทานยา เป็นงานวิจัยเชิงทดลองออกแบบโดยมีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองหรืองานวิจัยกึ่งทดลอง เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

3. ผู้วิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัยคนที่ 2 อ่านรายงานวิจัยอย่างอิสระต่อกัน เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย สกัดข้อมูลและบันทึกลงในแบบฟอร์มบันทึก ประกอบด้วย ผู้วิจัย ปีที่ทำการวิจัย ประเทศที่ทำวิจัย รูปแบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง วิธีการจัดกระทำ วิธีประเมินผล ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4. ตรวจสอบความตรงของการบันทึกข้อมูลโดยการตรวจสอบกับการบันทึกของผู้ร่วมวิจัย หากพบว่ามีการบันทึกข้อมูลที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาหารือกันและหาข้อตกลงร่วมกันในการบันทึก

ระยะ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 จากการสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1999) แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย (Department of Disease Control, 2018) และการวิเคราะห์บริบทปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานไปยังพื้นที่อื่นหรือประเทศเพื่อนบ้าน และผลลัพธ์การรักษายังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มาจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค จำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน 3) นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

จำนวน 1 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน และ 5) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน

2. คณะทำงานประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำหนดองค์ประกอบและขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกและพัฒนาพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา 2) การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) 3) การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) 4) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตสังคม 5) การติดตามอาการข้างเคียงและผลการรักษา และ 6) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ

3. ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ทำการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความครบถ้วน และประโยชน์ของรูปแบบ พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

4. การพัฒนาพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ดำเนินการคัดเลือกพี่เลี้ยงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ 2) สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้ 3) มีความพร้อมในการติดตามกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ 5) ผ่านการอบรมด้านวัณโรคและการใช้ระบบ VOT จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พี่เลี้ยง จำนวน 1 ครั้ง (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยง แนวทางการกำกับการรับประทานยาแบบ DOT และ VOT การบันทึกข้อมูลและการรายงานผลและการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย ภายหลังการอบรม มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้งานจริง พร้อมประเมินความพร้อมก่อนนำไปปฏิบัติหน้าที่

5. ทดลองใช้นำร่องและปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 10 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมเป็นผู้กำกับและติดตามการรับประทานยา ภายหลังสิ้นสุดการทดลองใช้นำร่อง ผู้วิจัยจัดประชุมสะท้อนผลการใช้รูปแบบ (reflection meeting) ร่วมกับพี่เลี้ยง พยาบาลวิชาชีพ และทีมผู้พัฒนา เพื่อรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ผลการสะท้อนคิดพบว่า ควรปรับปรุงแนวทางการบันทึกข้อมูลให้กระชับขึ้น เพิ่มคู่มือการใช้งานสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดช่องทางติดต่อประสานงานระหว่างพี่เลี้ยงกับทีมสุขภาพให้ชัดเจนมากขึ้น

6. นำผลที่ได้จากการทดลองใช้นำร่องมาปรับปรุงแก้ไข จนเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ฉบับสมบูรณ์

ระยะ 3 การประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มทดลองเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาประจำ โรงพยาบาลระแงะ ปี 2566 จำนวน 134 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาประจำ ณ โรงพยาบาลระแงะ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรจากการคำนวณ ค่า effect size ใช้โปรแกรม G*power สำเร็จรูป (Faul et al., 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน โดยใช้สถิติ Paired t-test การทดสอบทางเดียว กำหนดค่า effect size เท่ากับ .50 ค่า power เท่ากับ 0.90 และค่า error เท่ากับ .05 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามแนวทางการรักษาวัณโรคของกรมควบคุมโรค 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่หรือผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค 3) มีผลการตรวจเสมหะ AFB เป็นบวก หรือมีผลเอกซเรย์ทรวงอกที่วินิจฉัยวัณโรคปอด 4) เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคไม่เกิน 2 เดือน 5) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนหรือสามารถเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการติดตามแบบ VOT ได้ 6) มีพี่เลี้ยงหรือผู้กำกับการรับประทานยา และ 7) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB หรือ RR-TB) เจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย้ายที่อยู่หรือให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรควัณโรค เป็นแบบรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ข้อ แรกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัณโรค และประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นวัณโรค

2. แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของ Thaiwong et al. (2022) จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไป การรักษา และการให้บริการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ "ใช่" และ "ไม่ใช่" ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–18 คะแนน โดยแปลผลระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ 15–18 คะแนน (ร้อยละ 80–100) หมายถึง มีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับมาก 11–14 คะแนน (ร้อยละ 60–79) หมายถึง มีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง และ 0–10 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับน้อย

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ดัดแปลงจากงานวิจัยของ Mukarsa and Sumpowthong (2017) จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย จำแนกออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านงานวิจัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการการ

พยาบาลผู้ป่วยวัณโรค 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .66 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ .82 และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ประชุมเตรียมความพร้อมพี่เลี้ยงผู้กำกับการรับประทานยา โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 ชั่วโมง เพื่อให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรค บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยง วิธีการกำกับการรับประทานยาแบบ DOT การใช้งานระบบ VOT การบันทึกข้อมูลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

1.2 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) โดยการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2. ระยะทดลอง นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (DOT-VOT model) ไปใช้กับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 45 คน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. การสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)	- พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การรักษาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - แนะนำการใช้งานโทรศัพท์มือถือ การส่งคลิปวิดีโอ และการติดต่อสื่อสารผ่านระบบ VOT - มอบคู่มือการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง
2. การกำกับการรับประทานยาแบบ DOT (สัปดาห์ที่ 1–8)	- พี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาต่อหน้าผู้ป่วยตามแผนการรักษา - บันทึกข้อมูลการรับประทานยาลงในแบบบันทึก DOT Card - สังเกตอาการผิดปกติและอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ตาราง 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรม
3. การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) (สัปดาห์ที่ 1–8)	- ผู้ป่วยส่งคลิปวิดีโอหรือวิดีโอคอลแสดงการรับประทานยาในวันที่ไม่สามารถพบพี่เลี้ยงได้ - พี่เลี้ยงตรวจสอบการรับประทานยาและบันทึกผลการติดตาม - พยาบาลวิชาชีพติดตามข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและให้ข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคล
4. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางสังคม (สัปดาห์ที่ 2–8)	- พี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง - ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - ติดตามปัญหา อุปสรรค และผลข้างเคียงจากการรักษา
5. การติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 8)	- ประเมินความรู้เรื่องวัณโรคหลังได้รับรูปแบบ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล - ทบทวนความต่อเนื่องในการรับประทานยาและปัญหาที่พบระหว่างดำเนินการ

3. ระยะหลังการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการประเมิน ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลระแงะ ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด โดยให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรค ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการกระจายเป็นปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เลขที่ 1/2566 ลงวันที่ 26 กันยายน 2566 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จำนวน 35 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยวิธีการกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง และการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง โดยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 100,000 รายต่อปี

และมีอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่า 10,000 รายต่อปี องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) และกลยุทธ์ DOTS เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา การนำเทคโนโลยีสื่อสารมาใช้ในการติดตามการรับประทานยา สามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา ลดภาระการเดินทางของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตาม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง พบประเด็นปัญหาสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานทั้งภายในพื้นที่และไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการสังเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย การพัฒนาพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา การกำกับการรับประทานยาแบบ DOT การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และการติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยา ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 และมีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.10 โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 43.31 ปี (SD = 13.64) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.90 ประกอบอาชีพลูกจ้างทั่วไป/ช่างฝีมือ ร้อยละ 75.60 ส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้วนานกว่า 6 เดือน ร้อยละ 46.70 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นวัณโรคอยู่ในช่วง 1-12 เดือน ร้อยละ 46.70 มีอาการและอาการแสดงที่พบ 3-4 อาการ ร้อยละ 71.10 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.60 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรควัณโรค ร้อยละ 84.40 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค (n = 45)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			**การสูบบุหรี่**		
ชาย	27	60.00	ไม่สูบบุหรี่	9	20.00
หญิง	18	40.00	เลิกสูบนานกว่า 6 เดือน	21	46.70
อายุ (ปี) (*M* = 43.31, *SD* = 13.64)			คนในครอบครัว/ผู้ใกล้ชิดสูบ	10	22.20
20-30	7	15.60	สูบบุหรี่	5	11.10
31-40	14	31.10	**ระยะเวลาที่ป่วยเป็นวัณโรค**		
41-50	8	17.80	1–12 เดือน	35	77.80
51-60	12	26.70	1-2 ปี	5	11.10
มากกว่า 60	4	8.90	2-3 ปี	4	8.90
สถานภาพ			4 ปี ขึ้นไป	1	2.20
โสด	6	13.30	**ระยะที่ได้รับการรักษาวัณโรค**		
สมรส	36	80.00	1-2 เดือน	21	46.70
หย่าร้าง/หม้าย	3	6.70	3-6 เดือน	20	44.40
ระดับการศึกษา			6 เดือนขึ้นไป	4	8.90
ประถมศึกษา	5	11.10	**จำนวนอาการและอาการแสดงที่พบ**		
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	26.70	1-2	6	13.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	48.90	3-4	32	71.10
ปริญญาตรี	5	11.10	5-6	7	15.60
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2.20	**โรคประจำตัว**		
อาชีพ			มี	11	24.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.20	ไม่มี	34	75.60
ลูกจ้างทั่วไป/ช่างฝีมือ	34	75.60	**ประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรควัณโรค**		
เจ้าของกิจการ	1	2.20	มี	7	15.60
เกษตรกร	5	11.10	ไม่มี	38	84.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	8.90			

2.2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยวิธีการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคหลังการทดลอง (*M* = 17.09, *SD* = 1.25) มากกว่าก่อนการทดลอง (*M* = 11.25, *SD* = 1.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($t = 20.48$, $p < .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ระดับของความรอบรู้เกี่ยวกับวัณโรคและผลการทดสอบที ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 45)

ด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*Mean*	*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*	*difference*		
ความรู้ทั่วไป	3.84	.22	4.88	.10	-1.04	-32.91*	**<.01**
การรักษา	3.34	.23	4.84	.14	-1.50	-19.67*	<.01
ผู้ให้บริการ	4.07	.72	7.63	.89	-3.56	-13.36*	<.01
โดยรวม	**11.25**	**1.01**	**17.09**	**1.25**	**-5.84**	**-20.48****	**<.001**

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

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคหลังการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธีการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.01, *SD* = .63) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้งานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก (*M* = 4.09, *SD* = .62) รองลงมาได้แก่ ด้านประโยชน์ (*M* = 3.99, *SD* = .51) และด้านความสะดวก (*M* = 3.94, *SD* = .76) ซึ่งทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบ (n = 45)

ด้าน	*M*	*SD*	ระดับ
ประโยชน์	3.99	.51	มาก
ความสะดวก	3.94	.76	มาก
การใช้งาน	4.09	.62	มาก
โดยรวม	**4.01**	**.63**	**มาก**

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์รูปแบบการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ยังคงเป็นมาตรฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดปัญหาการขาดยาและป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัยระหว่างการรักษา ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการกำกับการรับประทานยาและประสิทธิผลของการรักษา

นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ยังพบว่า การนำเทคโนโลยีการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) มาใช้ร่วมกับการกำกับการรับประทานยาแบบ DOT สามารถช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง ลดภาระค่าใช้จ่าย และเพิ่มความสะดวกในการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการหรือมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างการรักษา ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Richard and Riddhi (2019) ที่พบว่าการใช้ VOT สามารถช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามการรักษาและส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษาวัณโรค ส่วนการศึกษาของ Thiraratanasunthon et al. (2021) พบว่าระยะทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา สำหรับบริบทของอำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีการเดินทางไปทำงานในพื้นที่อื่นหรือประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้การกำกับการรับประทานยาแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรอยู่เป็นประจำ

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดโดยพี่เลี้ยง ตลอดจนการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษาระหว่างการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้การติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VOT) ร่วมกับการกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ยังช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีข้อจำกัดด้านระยะทาง การเดินทาง และการเคลื่อนย้ายเพื่อประกอบอาชีพในพื้นที่อื่นหรือประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการติดตามดูแลและรับข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kankasikam (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับสูงจะสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pankaew et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ DOT ร่วมกับ VOT ไม่เพียงช่วย

ส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทานยาเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ชายแดนภาคใต้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีการเคลื่อนย้ายประชากรอยู่เป็นประจำ

3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้การกำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการติดตามการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.00, SD = .63) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความสะดวกในการติดตามการรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพและพี่เลี้ยงได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังได้รับการติดตาม กำกับ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Isara and Kongtaln (2020) ที่เสนอว่าการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยวัณโรคในรูปแบบใหม่ ๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ Krongyuth et al. (2021) ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการและระบบติดตามผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยเพิ่มความสำเร็จของการรักษา และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ปัจจุบัน มีข้อจำกัดด้านการประสานงานและการส่งต่อกับผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีการโยกย้ายผู้บังคับบัญชาไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การปกครองส่วนจังหวัด จึงมีผลต่อการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารับการบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้งานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธีการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรงร่วมกับการรับประทานยาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและลดช่องว่าในการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วยให้ลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้รูปแบบต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ อัตราการรักษาหาย อัตราการขาดยา และอัตราการรักษาครบตามกำหนด เป็นต้น รวมทั้ง การสนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองท้องถิ่นให้ใช้งานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนการนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *National tuberculosis control programme guidelines, Thailand.* Aksorn Graphic and Design. https://www.tbthailand.org/download/Manual/NTP2018.pdf (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Isara, S. & Kongtaln, O. (2020). Development of practice guideline surveillance prevention and control for tuberculosis, Sub-district Khon Kaen Municipality, Mueang District, Khon Kaen Province. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(2), 148-162. (in Thai)

Kankasikam, P. (2022). Factors affecting the practice of TB control guidelines of village health volunteers Phitsanulok province*. Disease Control Journal, 48*(3), 525-538. (in Thai)

Krongyuth, P., Surawan, J., Thanasilangkoon, S. & Lophongpanit, P. (2021). Factors associated with success rate of pulmonary tuberculosis treatment in Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research, 14(*3), 138-148. (in Thai)

Mukarsa, S., & Sumpowthong, K. (2017). Effects of a health promotion program by applying the theory of empowerment in new smear positive pulmonary tuberculosis patients. *Journal of Medicine and Health Sciences, 24*(1), 13-27. (in Thai)

National Tuberculosis Information Program. (2022). *V2-NTIP-Dashboard 2563-2565.* https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/06209f22-6c12-4638-80c4-ee17400dddf4/page/p_5huekdmedd/ (in Thai)

National Tuberculosis Information Program. (2023). *Tuberculosis patient information, Rangae Hospital 2023.* https://ntip-ddc.moph.go.th/UIForm/MainFeedSummary.aspx (in Thai)

Pankaew, J., Opraseartsawat, M. & Pundee, R. (2021). Knowledge, attitudes and preventive behaviors and control of tuberculosis among village health volunteers and caregivers of tuberculosis patients in Mae Tao Sub-District, Mae Sot District, Tak Province. *KKU Journal for Public Health Research, 14*(3), 35-48. (in Thai)

Rattanasuwan, P. (2018). TB Treatment: DOT vs. VOT. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 12*(1), 43-77. (in Thai)

Reviono, R., Ramadhiana, Y., Probandari, A. N., & Setianingsih, W. (2019). Factors associated with success rate for tuberculosis treatment in hospital: A directly observed treatment short tuberculosis prevention strategy in Central Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, *4*(4), 283-295. https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2019.04.04.03

Richard, S., & Riddhi, P. (2019). Synchronous and asynchronous video observed therapy (VOT) for tuberculosis treatment adherence monitoring and support. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, *17*, 100098. https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100098

Samae, N., Perngmark, P. & Petchruschatachart, U. (2018). Factors associated with the occurrence disease in Muslim patients with pulmonary tuberculosis. *Al-Nur Journal of Graduate School of Fatoni University, 13*(25), 51-63. (in Thai)

Techatraisak, C., Kesjaral, N., Chutjuntaravong, P., & Chamchai, N. (2018). Implementation of hospitalization policy for smear-positive tuberculosis patients in Public Health Region 18. *Disease Control Journal, 44*(1), 63-76. (in Thai)

Thaiwong, D., Trinnawoottipong, K, & Onprasonk, S. (2022). Developing model for strengthening health literacy on tuberculosis prevention and control by family doctors at Sam Sung District, Khon Kaen Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen, 29*(3), 111-130. (in Thai)

Thiraratanasunthon, P., Sidae, S., Kongtuk, T., Mhadar, A., Wongrit, P., & Raksanam, B. (2021). Factors associated with self-care behaviors among new pulmonary tuberculosis cases in Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 4*(2), 138-147. (in Thai)

World Health Organization. (1999). *What is DOTS?. A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/65979/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf

World Health Organization. (2017). *Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update)*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b4d54e27-0c0a-4cbb-8ffc-cf93dde8b017/content

World Health Organization. (2024). *Tuberculosis profile: Thailand*. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&tab=%22charts%22&lan=%22EN%22&iso2=%22TH%22&entity_type=%22country%22

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 17-31

บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

Nurses' Experiences in Caring for Psychiatric Patients with Aspiration Pneumonia: A Descriptive Phenomenological Study

ชิษณุพงศ์ สายสิทธิ์[1], ชุติมา ศรียี่ทอง[2]*, พัชริดา ใช้ศรีทอง[3], วรางคณา สายสิทธิ์[4]

Chisanupong Saisit[1], Chutima Sriyeethong[2]*, Patcharida Chaisrithong[3], Warangkana Saisit[4]

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chuti.green2537@gmail.com

(Received: February 4, 2026; Revised: July 17, 2026; Accepted: July 19, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยราชทัณฑ์ปันสุข โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 12 ราย เก็บรวมรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและบันทึกภาคสนาม และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของโคไลซี

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังด้วยสายตาแทนเสียงของผู้ป่วย 2) การบูรณาการมาตรการป้องกันการสำลักภายใต้ข้อจำกัดทางจิต 3) การรับมือกับปัญหาที่ต้องเจอภายใต้ความย้อนแย้งของการรักษา และ 4) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และประสบการณ์ที่ค้นพบ คือ การเป็นผู้พิทักษ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยภายใต้ความไม่แน่นอน โดยพยาบาลต้องอาศัยทั้งความรู้ ประสบการณ์ การรับรู้เชิงลึก ความไวต่อสัญญาณต่าง ๆ และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเปราะบางทั้งทางกายและจิตใจ

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ ที่อาจช่วยลดอุบัติการณ์การสำลัก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครปฐม
Registered Nurse (Senior Professional Level), Nakhon Pathom Hospital

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลนครปฐม
Registered Nurse (Practitioner Level), Nakhon Pathom Hospital

[4] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
Associate Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

ที่นำไปสู่การเกิดปอดอักเสบได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง การนำองค์ความรู้ไปบูรณาการในการเรียนการสอน เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ การดูแลทางกายและทางจิตของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์, พยาบาล, การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ภาวะปอดอักเสบ, ปรากฏการณ์วิทยา

Abstract

This descriptive phenomenological study aimed to describe nurses' experiences in caring for psychiatric patients with aspiration pneumonia. The participants were 12 registered nurses working in the Prisoner Wellness Ward at Nakhon Pathom Hospital. Data were collected through in-depth interviews, behavioral observations, and field notes, and analyzed using Colaizzi's method.

The findings revealed that nurses' experiences in caring for psychiatric patients consisted of four themes: 1) visual surveillance as a substitute for patients' verbal communication, 2) integrating aspiration prevention measures under psychiatric-related limitations, 3) coping with challenges arising from the contradictions of treatment, and 4) developing nurses' competencies to enhance the quality and safety of psychiatric patient care. The experience identified from this study was the role of nurses as guardians of patient safety amid uncertainty. Nurses relied on knowledge, experience, clinical insight, sensitivity to subtle signals, and ethical decision-making to maintain safety and preserve the dignity and humanity of psychiatric patients who were vulnerable in both physical and psychological aspects.

The findings of this study can serve as a foundation for developing clinical practice guidelines for patients receiving high-risk psychiatric medications and those exhibiting non-cooperative behaviors. These guidelines may help reduce the incidence of aspiration-related pneumonia by promoting appropriate preventive care. Furthermore, the knowledge gained from this study can be integrated into nursing education to enhance nursing students' competencies in strategic communication and the provision of holistic physical and psychological care.

Keywords: Experience, Nurse, Psychiatric patient care, Pneumonia, Phenomenology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวช เป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด หรือพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ และการทำงาน เกิดจากปัจจัยซับซ้อนทั้งสารเคมีในสมอง พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ไบโพลาร์ และจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณว่ามี

ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึง 21 ล้านคน และในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีอุบัติการณ์สูงที่สุด (Department of Mental Health, 2017) ซึ่งโรคนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองและความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ส่งผลต่อการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ และไม่สามารถปรับตัวอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติ (Ayuwat et al., 2015) ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ส่งผลให้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านจิตเวชในกลุ่มต้านโดปามีน เช่น ฮาดอล ทั้งในรูปแบบรับประทานและฉีดเข้าร่างกาย (Luykx et al., 2024) ซึ่งยาเหล่านี้ มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดภาวะ extrapyramidal side effect (EPS) เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง อยู่นิ่งไม่ได้ มือสั่น ลิ้นแข็ง กลืนลำบาก ซึ่งล้วนเป็นอาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร (Sharma et al., 2025)

การใช้ยาต้านจิตเวชมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ เนื่องจากก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น อาการง่วงซึม การลดระดับความรู้สึกตัว ภาวะกลืนลำบาก และการหลั่งน้ำลายมาก ซึ่งเพิ่มโอกาสการสำลักอาหารหรือน้ำลายเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นการรักษาหรือช่วงเพิ่มขนาดยา (Herzig et al., 2017) นอกจากนี้ ยาโคลซาพีนเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและพบความชุกของภาวะปอดอักเสบถึงร้อยละ 34 (de Leon et al., 2020) จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารทั้งในและต่างประเทศ พบว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง เช่น การประเมินภาวะกลืนลำบาก (Sukwatjanee & Neti, 2024) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (standardized swallowing assessment: SSA) และช่วยป้องกันการสำลักที่นำไปสู่ภาวะปอดอักเสบได้ (Moolkaew et al., 2016) รวมถึงการประเมินความเสี่ยงในการสำลักและอาหารเหลือคงค้าง การจัดการภาวะกลืนลำบาก การดูดเศษอาหารตกค้างในลำคอ การจัดหาออกซิเจนให้เพียงพอ การจัดท่านั่งตัวตรง การตรวจสอบการกลืนก่อนให้อาหาร การให้ยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์ในรายที่จำเป็น และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและการจัดท่าผู้ป่วย (Sanivarapu et al., 2017) อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติดังกล่าวใช้สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ขณะที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารมีความท้าทาย และต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพอย่างเคร่งครัด เพื่อผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลมีบทบาททั้งการประเมินอาการ จัดการความเสี่ยงเฝ้าระวังอาการผิดปกติ จัดท่าผู้ป่วย ดูแลขณะรับประทานอาหาร และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก (Borglin et al., 2020; Frimpong et al., 2025)

การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร โดยมุ่งประเมินผลลัพธ์ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือประสิทธิผลของการดูแลเป็นหลัก ขณะที่การศึกษาที่มุ่งสำรวจประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหา และอุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังมีจำกัด (Frimpong et al., 2025) โดยเฉพาะในบริบทผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ เช่น ความผิดปกติด้านการกลืน ระดับความร่วมมือในการรักษา ผลข้างเคียงจากยา และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อกระบวนการประเมินและการป้องกันการสำลัก ดังนั้นจึงยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองของพยาบาลผู้ให้การ

ดูแลที่ไม่สามารถรายงานผลตามวิจัยเชิงปริมาณได้ หอผู้ป่วยราชทัณฑ์ปันสุข โรงพยาบาลนครปฐม รับดูแลผู้ป่วยจิตเวชอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงมีนาคม 2567 รับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 49.37) และโรคจิตเภทจากการไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 21.52) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และจำเป็นต้องได้รับยาฮาดอลในรูปแบบฉีดเพื่อควบคุมอาการ แต่ภายหลังการได้รับยาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนลำบาก ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ และในบางกรณีต้องใช้วิธีการป้อนอาหารพร้อมกับการยึดตรึงร่างกายผู้ป่วย แม้จะมีการจัดท่าศีรษะสูงในระหว่างการรับประทานอาหารก็ตาม แต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายเกิดการสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบตามมา โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะดังกล่าว 11 ราย (ร้อยละ 13.92) และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร 1 ราย (ร้อยละ 1.26) (Nakhon Pathom Hospital, 2024) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากการได้รับยาต้านจิตเวช จะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงบริบทในการดูแลผู้ป่วย การเผชิญ และรับมือกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้เพื่อประกอบการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอันเนื่องมาจากการได้รับยารักษาจิตเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาตามแนวคิดของ Husserl (1969) ดำเนินงานวิจัยในช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากการได้รับยารักษาจิตเวช หอผู้ป่วยราชทัณฑ์ปันสุข โรงพยาบาลนครปฐม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ มุมมอง และการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้การดูแล โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กำหนดจากการคำนวณทางสถิติ แต่พิจารณาจากความอิ่มตัวของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลที่ได้ไม่มีประเด็น แนวคิด หรือความหมายใหม่เพิ่มเติม และสามารถสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างครอบคลุม จึงยุติการเก็บข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ไม่หมดอายุ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย เนื่องจากเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นเครื่องมือการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยและคณะมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากการได้รับยารักษาจิตเวช ทำให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

1.2 ผู้วิจัยและคณะได้รับการศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสัมภาษณ์เชิงลึก การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล การรับฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามปลายเปิด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา/เชิงประเด็น เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ

1.3 ผู้วิจัยและคณะตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเป็นเครื่องมือวิจัย โดยควบคุมอคติและความคิดเห็นส่วนตัว (bracketing) ไม่ใช้ประสบการณ์หรือความเชื่อเดิมในการชี้นำคำตอบของผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของตนเองอย่างอิสระ รวมทั้งให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัย การรักษาความลับ และการเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยจัดทำแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกจากวัตถุประสงค์การวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นคำถามปลายเปิดที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนตามบริบทของการสนทนา และนำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดของ Husserl ประกอบด้วยคำถามหลัก 11 ข้อ ได้แก่ 1) กรุณาเล่าถึงประสบการณ์ของท่านในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 2) ท่านคิดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาจิตเวช 3) ท่านมีวิธีสังเกตหรือประเมินความเสี่ยงของการสำลักอย่างไร 4) การใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสำลักหรือไม่ อย่างไร 5) ท่านมีวิธีป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาต้านจิตเวชอย่างไร 6) ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาต้านจิตเวชอย่างไร 7) ท่านทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาต้านจิตเวชไม่เกิดการสำลัก 8) ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่ อย่างไร 9) เมื่อท่านได้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักท่านรู้สึก อย่างไร ท่านคิดอะไร 10) หากท่านต้องการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้นท่านจะทำอย่างไร และ11) ท่านอยากสะท้อนอะไรถึงระบบการดูแลหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต

3. เครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ที่สามารถกดบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ได้อย่างชัดเจน และแบบบันทึกพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trust worthiness) และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (Denzin, 2017) จากนั้นนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 ราย หลังจากนั้นจึงนำข้อคำถามมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขอดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยราชทัณฑ์ปันสุข

2. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยได้เชิญผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ใช่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกับผู้วิจัย เพื่อป้องกันอคติและลดความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกวันเวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

4. ดำเนินการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มีการใช้คำถามนำ (prompt) และคำถามเจาะลึก (probe) แบบตัวต่อตัวพร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงตลอดการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมและขอผู้ให้ข้อมูลช่วยอธิบายเพิ่มในบางประเด็นที่ต้องการรายละเอียด พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน จนได้ข้อมูลอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่

8. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลสัมภาษณ์ว่ามีความครบถ้วนและชัดเจน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกตามแนวทางของ Colaizzi (1978) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำจากไฟล์บันทึกเสียง และอ่านทบทวนหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจบริบท ความรู้สึก และความหมายจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำเครื่องหมายข้อความสำคัญ กำหนดรหัสข้อมูล และจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายสัมพันธ์กันเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลักเพื่ออธิบายปรากฏการณ์อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยและคณะร่วมตรวจสอบความถูกต้องของการตีความข้อมูล โดยทบทวนข้อมูลต้นฉบับร่วมกับผลการวิเคราะห์เป็นระยะ เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของความหมาย (member checking) ก่อนปรับปรุงและจัดทำรายงานผลการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบการตีความข้อมูลร่วมกับทีมผู้วิจัย เพื่อลดอคติและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล ด้านการนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทและรายละเอียดของการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ด้านความสามารถในการตรวจสอบได้ (auditability) ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูล ขั้นตอน

การดำเนินงาน และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ ส่วนด้านการยืนยันได้ (confirmability) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์มาทบทวนร่วมกับทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของความหมาย (member checking) และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง เพื่อยืนยันว่าผลการศึกษามาจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจริงและลดอิทธิพลจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม เอกสารเลขที่ NPH-REC No. 032/2025 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลไว้ในรูปแบบไฟล์เสียงและเอกสารซึ่งทั้งหมดจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับในสถานที่ที่ปลอดภัย และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล โดยข้อมูลเหล่านี้จะไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ และจะถูกทำลายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 30-35 ปี ร้อยละ 58.33 ช่วง 36-40 ปี ร้อยละ 33.33 และมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 8.34 ทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชมากกว่า 5 ปี

2. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

2.1 การเฝ้าระวังด้วยสายตาแทนเสียงของผู้ป่วย พยาบาลมีหลากหลายวิธีในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยการใช้คำพูดได้ และวิธีเหล่านี้ มาจากการสังเกตด้วยสายตาของพยาบาลจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถแยกวิธีการเฝ้าระวังได้ ดังนี้

2.1.1 การถอดรหัสภาษากาย พยาบาลมีความเชื่อว่า การสังเกตผู้ป่วยด้วยภาษากายในภาวะที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ หรือสื่อสารไม่รู้เรื่องจะช่วยเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น การสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สังเกตสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เช่น การมีไข้ หรือระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจถูกบดบังด้วยอาการทางจิต รวมถึงสีหน้าหรือการขมวดคิ้ว ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“เคสจิตเวชมันจะบอกอาการได้ไม่ชัดเจนนะพี่ (คิ้วขมวดเล็กน้อย) ส่วนใหญ่ต้องสังเกตกันเอง พวกอาการมีไข้ ซึมลงอะไรแบบนี้” (P05, 30 ปี)

“เท่าที่เห็นส่วนใหญ่ พอมาถึงก็จะเห็นบางคนมีอาการ บางคนไม่มีอาการ ที่เห็นล่าสุด ก็จะมีลิ้นแข็งอ่ะ” (P03, หญิง, 31 ปี)

“บางคนเขาบอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร ก็ช่วย ๆ กันดู แบบอยู่ ๆ ก็ซึมไป” (P09, 30 ปี)

“ปกติถ้ามีไข้ นี่ก็น่าสงสัยแล้ว ยิ่งเป็นเยอะ ๆ ก็อาจจะมีหายใจลำบาก ส่วนใหญ่เจอแบบนี้ก็รายงานหมอแล้ว ไม่ปล่อยไว้” (P01, 42 ปี)

2.1.2 สัญชาตญาณพยาบาล พยาบาลมีความเชื่อว่า สัญชาตญาณเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานในการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลไม่มีความสงสัยในการทำงาน อาจทำให้อาการของผู้ป่วยถูกมองข้ามไปได้ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

"ปกติถ้าไม่ได้วัดไข้เอง น้องผู้ช่วยไปวัดให้ ก็ต้องเอ๊ะบ้าง ถ้าอยู่ ๆ มีไข้ ไม่ใช่ปล่อยไว้ เพราะอาจจะมีปัญหาจริง ๆ ก็ได้" (P12, 31 ปี)

"ทำงานแบบไม่เอะใจนี่ ตายแน่ แบบถ้าอยู่ ๆ ซึมไปจากดี ๆ อยู่อ่ะนะ ก็ต้องสงสัยแล้วว่าเป็นอะไร ส่วนใหญ่ก็จะไปประมินต่อ" (P04, 35 ปี)

2.1.3 การเป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย พยาบาลเชื่อว่า การที่พยาบาลรายงานแพทย์ถึงความผิดปกติในภาวะที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ จะช่วยให้ทราบถึงอาการปัจจุบันของผู้ป่วยและนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

"ถ้าเจอความผิดปกติแล้วแจ้งหมอเร็วก็เป็นผลดีกับคนไข้ เหมือนเวลาเจอคนไข้ลิ้นแข็งหรือกลืนไม่ได้ ถ้ารายงานไว หมอก็จะมาปรับยาทัน หรือให้ใส่ NG (หมายถึง การใส่สายให้อาหารทางสายยาง) ถ้ากลืนไม่ได้จริง ๆ นะ" (P11, 38 ปี)

"คนพูดไม่รู้เรื่องอ่ะเนอะ จะให้ไปบอกอาการหมอได้หรอ ก็ต้องเรานี่แหละบอก บางคนไม่มีญาติยิ่งลำบาก ก็ต้องอาศัยพยาบาลนี่แหละ หมอถึงรู้แล้วปรับแผนการรักษาได้ทัน" (P04, 35 ปี)

2.2 การบูรณาการมาตรการป้องกันการสำลักภายใต้ข้อจำกัดทางจิต การป้องกันการสำลักไม่ใช่เป็นเพียงการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ต้องอาศัยการประเมินความเสี่ยงหน้างาน รวมถึงความยืดหยุ่น เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับต้านจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูง โดยสามารถบูรณาการมาตรการการป้องกันได้ ดังนี้

2.2.1 การประเมินสมรรถนะการกลืนภายใต้ความแปรปรวน พยาบาลเชื่อว่าการประเมินการกลืนก่อนทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าการประเมินการกลืนในผู้ป่วยจิตเวชทำยากกว่าปกติ เพราะต้องประเมินทั้งความพร้อมทางใจและความพร้อมทางกายควบคู่กันไป โดยต้องวินิจฉัยแยกโรคระหว่างอาการทางจิตและความบกพร่องทางกายจากฤทธิ์ยา ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

"ส่วนใหญ่ก็จะดูก่อนอ่ะว่าเป็นผลข้างเคียงจากจากยาไหม เพราะมันมีเรื่องลิ้นแข็ง ถ้ากินยาจิตเวชอ่ะ ถ้าเจอก็จะบอกหมอก่อน แล้วก็จะดูต่อว่ากินได้ไหม ถ้ากินเองได้ก็ให้กินเอง ถ้ากินเองไม่ได้ก็จะใส่ NG" (P11, 38 ปี)

"บางครั้งต้องดูว่ากินไม่ได้ หรือไม่กิน ที่เคยเจอคือทะเลาะกับลูกแล้วไม่กิน จะประเมินแต่กายไม่ได้หรอก ต้องดูใจด้วย บางทีเป็นที่ใจ ก็สำลักได้นะ ยิ่งคนแก่ ๆ" (P04, 35 ปี)

2.2.2 การสร้างความปลอดภัยผ่านการสื่อสารและการมีส่วนร่วม พยาบาลเชื่อว่าการใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดจะช่วยลดกำแพงทางจิตใจของผู้ป่วยได้ และดึงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในเฝ้าระวัง เปลี่ยนญาติให้เป็นผู้ช่วยเฝ้าระวังที่ไวต่ออาการสำลัก ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

"คนไข้จิตเวชมันไม่เหมือนคนไข้ปกติ บางคนก็ให้ความร่วมมือ บางคนก็ไม่ให้ ก็อาจจะต้องปรับคำพูดให้ดีหน่อย เข้าใจเขาหน่อย ก็จะช่วยให้ประเมินง่ายขึ้น ดูแลง่ายขึ้น" (P08, 40 ปี)

"ก็จะมีการสอนญาติ ให้ความรู้ญาติในการสังเกตสัญญาณอันตราย เช่น ไอ สำลัก หายใจลำบาก ถ้ามีก็ให้รีบแจ้งพยาบาล อันนี้ช่วยได้เยอะเลย" (P07, 30 ปี)

“บางทีหน้างานมันค่อนข้างยุ่งมาก ก็จะสอนญาติ ให้ความรู้แก่ญาติในการสังเกตสัญญาณอันตราย เช่น ไอ สำลัก หายใจลำบาก ถ้ามีก็ให้รีบแจ้งพยาบาล” (P07, 30 ปี)

“เวลาที่เกิดผลข้างเคียง ญาตินี่แหละคนสำคัญ ช่วยได้เยอะมาก ช่วยทั้งสังเกตทั้งรายงานความผิดปกติให้เรา” (P11, 38 ปี)

2.3 การรับมือกับปัญหาที่ต้องเจอภายใต้ความย้อนแย้งของการรักษา ซึ่งเป็นหนึ่งปัญหาที่พยาบาลต้องเผชิญ เช่น การให้ยาเพื่อรักษาแต่กลับไปลดทอนสมรรถภาพทางกาย เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก ผลข้างเคียงของยาอาจทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืนลดลง พยาบาลจึงมีวิธีการรับมือที่หลากหลาย โดยสามารถแยกการรับมือกับปัญหาที่ได้ ดังนี้

2.3.1 การประเมินและคัดกรองเชิงรุก พยาบาลเชื่อว่า ไม่ควรรอให้เกิดการสำลัก แต่ควรใช้วิธีการคัดกรองความเสี่ยงล่วงหน้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับยาต้านจิตเวช เพื่อหาแนวทางก่อนเริ่มกิจกรรมการพยาบาล ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“เราต้องชั่งใจตลอดว่าจะให้ยาจิตเวชตามแผนอย่างไรไม่ให้ผู้ป่วยสำลัก เพราะยาบางตัวทำให้ง่วงมากจนไม่มีแรงกลืน (คิ้วขมวด น้ำเสียงจริงจัง) และก็รายงานแพทย์ทันทีถ้ามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง” (P02, 36 ปี)

“เดิมเวลาให้ยาคนไข้ก็จะประเมินว่าแพ้ไหม แต่พอเป็นยาจิตเวช ก็ต้องประเมินเรื่อง EPS ด้วย ว่ามีลิ้นแข็ง คอบิดเกร็งไหม ถ้ามีก็ต้องรีบรายงานหมอ อาจจะมีการปรับยา หรือลดยา” (P10, 40 ปี)

2.3.2 การประสานความร่วมมือ เพื่อปรับแผนการรักษา พยาบาลเชื่อว่าพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางสื่อสารกับแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนรูปแบบการรักษาเมื่อความเสี่ยงเริ่มสูงขึ้น ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ถ้าคนไข้ซึมหรือกลืนไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรายงานแพทย์เพื่อใส่ NG tube หรือไม่ก็ให้น้ำเกลือตามที่หมอสั่ง” (P04, 35 ปี)

2.4 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประสบความยากลำบากเนื่องจากหน้างานที่ยุ่งยากซับซ้อน และจำนวนผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ (ผู้ป่วยจิตเวช) การพัฒนาศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

2.4.1 การเสริมสร้างสมรรถนะเฉพาะทาง พยาบาลเชื่อว่า ความสำเร็จไม่ได้เกิดจากความรู้จิตเวชเพียงอย่างเดียว แต่ต้องสามารถจัดการได้ทั้งทางกายและทางจิต ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“พี่เคยอบรมเกี่ยวกับจิตเวชมาบ้าง แต่นานแล้ว ก็รู้สึกว่าดูคนไข้ได้ดีกว่าเดิมนะ เพราะตอนแรกอ่ะลืมไปแล้ว พวก EPS เพราะไม่ได้ใช้นาน (หัวเราะ) พอได้รื้อก็คิดว่าประเมินได้ดีกว่าเดิมนะ เข้าใจคนไข้มากกว่าเดิมด้วย” (P06, 36 ปี)

2.4.2 การเสริมสร้างความสามารถในการประเมินความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเชื่อว่า ความสามารถในการใช้เครื่องมือในการประเมิน โดยเฉพาะเครื่องมือที่มีความเฉพาะ อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่วงหน้าและอาจจะไปสู่การเกิดความปลอดภัยมากขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ถ้ามีแบบประเมินหรือ checklist ที่เป็นของหน่วยงานก็น่าจะช่วยได้นะคะ เพราะบางครั้งเราดูจากประสบการณ์อย่างเดียวอาจตกหล่น ที่ผ่านมาเคยใช้แบบประเมินบางตัวแล้วรู้สึกว่าช่วยให้ประเมินละเอียดขึ้น

เครื่องมือช่วยให้เราคิดเป็นขั้นตอนมากขึ้น อย่างเรื่องความเสี่ยงต่าง ๆ จะได้ประเมินผู้ป่วยได้ครบและวางแผนดูแลได้เร็วขึ้น" (P12, 31 ปี)

"คิดว่าถ้ามีแบบประเมินเฉพาะในการประเมินจะดีมากเลย อย่างน้อยมันตรงกับผู้ป่วย ถ้ามีเครื่องมือเฉพาะให้ใช้ร่วมกับการประเมินของเรา มีการสอนการประเมิน จะช่วยให้มั่นใจขึ้นได้มากเลยว่าเราประเมินถูกต้อง" (P04, 35 ปี)

การอภิปรายผล

การศึกษาปรากฏการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาล พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มิใช่เพียงการปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพหรือแนวทางการรักษาเท่านั้น แต่เป็นประสบการณ์ของการดำรงอยู่ท่ามกลางความไม่แน่นอนที่พยาบาลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การเฝ้าระวังด้วยสายตาแทนเสียงของผู้ป่วย ผลการศึกษาสะท้อนว่าพยาบาลไม่ได้อาศัยเพียงข้อมูลเชิงวัตถุหรือผลการตรวจทางคลินิกในการรับรู้ภาวะของผู้ป่วย แต่ใช้ความรู้และประสบการณ์สะสมในการทำความเข้าใจผู้ป่วย การเฝ้าระวังจึงเป็นมากกว่าการสังเกตอาการ ~~แต่~~เป็นกระบวนการเข้าถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกเล่าความทุกข์หรือความผิดปกติของตนเองได้อย่างชัดเจน สะท้อนบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้มองเห็นแทนผู้ป่วยและผู้ส่งเสียงแทนผู้ป่วย ภายใต้บริบทของความเปราะบางทางจิตเวช ทักษะจากประสบการณ์การทำงานอาจทำให้พยาบาลสามารถเอะใจต่อ "สัญญาณเงียบ" เช่น ภาวะซึมหรือไข้ต่ำ ก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น รวมทั้ง การเป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทสำคัญด้านการพิทักษ์สิทธิ์ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจิตเวชให้ความร่วมมือน้อยหรือสื่อสารอาการได้ไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังดังกล่าวจึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและการดูแลช่องปาก ซึ่งพบว่ายาที่มีผลต่อการกลืนและการสร้างน้ำลาย เช่น ยากดประสาทและยารักษาโรคจิต ทำให้ความสามารถในการกลืนลดลง เกิดภาวะน้ำลายแห้งและกลืนลำบาก ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก ดังนั้น การประเมินการกลืนจึงเป็นวิธีสำคัญในการลดการสำลักและการเกิดปอดอักเสบ (Nantharaksa & Phrommee, 2023) ในมุมมองเชิงปรากฏการณ์วิทยา การเฝ้าระวังมิใช่เพียงการสังเกตอาการที่ปรากฏ แต่เป็นการรับรู้ผ่านร่างกายและประสบการณ์ที่มีชีวิตของพยาบาล ซึ่งช่วยให้สามารถตีความ "สัญญาณเงียบ" ที่ผู้ป่วยไม่อาจถ่ายทอดออกมาได้ การมองเห็นภาวะซึม ไข้ต่ำ หรือความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยของผู้ป่วย จึงเป็นกระบวนการทำความเข้าใจความหมายของความผิดปกติที่ซ่อนอยู่ มากกว่าการรวบรวมข้อมูลเชิงวัตถุเพียงอย่างเดียว ประสบการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าพยาบาลดำรงอยู่ในฐานะผู้มองเห็นแทนผู้ป่วยและผู้ส่งเสียงแทนผู้ป่วยภายใต้บริบทของความเปราะบางทางจิตเวช

การบูรณาการมาตรการป้องกันการสำลักภายใต้ข้อจำกัดทางจิต ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลบูรณาการมาตรการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชภายใต้ข้อจำกัดทางจิต โดยอาศัยการประเมินความเสี่ยงหน้างานที่ยืดหยุ่นให้เหมาะกับสภาวะของผู้ป่วยทั้งทางกายและจิต รวมถึงการวินิจฉัยแยกอาการจากผลข้างเคียงของยา ดังนั้น การประเมินสมรรถนะการกลืนก่อนรับประทานอาหารจึงต้อง

ตรวจทั้งความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ยอมรับประทานอาหารจากปัญหาทางอารมณ์ การประเมินทางกายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suraseraniwong (2024) ที่พบว่าภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุมักถูกมองข้ามและอาจมีสาเหตุทางจิตร่วมด้วย นอกจากนี้ การสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะกลืนลำบากจากผลข้างเคียงของยาต้านจิตเวช จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารเชิงบำบัด เช่น การปรับคำพูดให้เหมาะสม การให้ข้อมูลด้วยความเข้าใจ และการสอนญาติให้เฝ้าระวังสัญญาณอันตรายของการสำลัก ซึ่งช่วยลดกำแพงทางจิตใจ เพิ่มความร่วมมือในการดูแล และส่งเสริมการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก สอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารเชิงบำบัดและการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเรื้อรัง (Sharma & Gupta, 2023) ในมุมมองเชิงปรากฏการณ์วิทยา พยาบาลมิได้เผชิญเพียง “ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลัก” แต่กำลังเผชิญมนุษย์ที่มีความเปราะบางทั้งทางกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม การปฏิเสธอาหาร ความวิตกกังวล หรือความไม่ร่วมมือ จึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการพยาบาล แต่เป็นประสบการณ์ที่ต้องได้รับการตีความควบคู่กับการประเมินทางคลินิก พยาบาลจึงต้องเชื่อมโยงข้อมูลทางกายกับอารมณ์ ความกลัว ความไว้วางใจ และบริบทครอบครัว เพื่อปรับมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนว่าการพยาบาลเป็นกระบวนการสร้างความหมายร่วมกับผู้ป่วย มากกว่าการดำเนินมาตรการตามขั้นตอนมาตรฐาน

การรับมือกับปัญหาที่ต้องเจอภายใต้ความย้อนแย้งของการรักษา ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลต้องเผชิญกับภาวะ “กลืนไม่เข้าคายไม่ออก” จากผลข้างเคียงของยาต้านจิตเวชบางชนิดที่มีฤทธิ์สูง เช่น คลอซาปีน ฮาโลเพอริดอล และริสเพอริโดน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคปอดอักเสบจากการสำลัก (Ueda et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสังเกตที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจิตเวชมีอัตราการเกิดปอดอักเสบสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาประมาณ 1.5 เท่า (Herzig et al., 2017) พยาบาลในฐานะผู้จัดการความเสี่ยงหน้างานจึงต้องใช้ทักษะการคัดกรองเชิงรุกและการประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาและรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dziewas et al. (2021) ที่พบว่าการประเมินความพร้อมเชิงหน้าที่อย่างเป็นระบบสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ นอกจากนี้ การประสานงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์เพื่อจัดการความย้อนแย้งของผลข้างเคียงจากยาต้านจิตเวช สะท้อนถึงการดูแลแบบสหวิชาชีพที่มุ่งเน้นการตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (Ali et al., 2021; Lisiecka et al., 2024) ในมุมมองเชิงปรากฏการณ์วิทยา ประสบการณ์ของพยาบาลสะท้อนการดำรงอยู่ท่ามกลางความไม่แน่นอนของการรักษา ยาต้านจิตเวชช่วยควบคุมอาการทางจิต แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบ พยาบาลจึงต้องตัดสินใจภายใต้ความย้อนแย้งที่มีทั้งประโยชน์และความเสี่ยงควบคู่กัน การคัดกรองเชิงรุกและการประสานงานกับทีมรักษา จึงมิใช่เพียงขั้นตอนทางคลินิก แต่เป็นการตีความสัญญาณเตือนที่อาจสะท้อนผลกระทบจากการรักษา พร้อมกับชั่งน้ำหนักทางจริยธรรมระหว่างการคงประสิทธิผลของยาและการปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่อาจอาศัยเพียงประสบการณ์หรือความคุ้นเคยกับบริบทของหอผู้ป่วยเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะทางที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวตรงกันว่าหลังได้รับการอบรมหรือทบทวนความรู้ด้านการพยาบาลจิตเวชเพิ่มเติม สามารถประเมินอาการได้ละเอียดขึ้น มองเห็นสัญญาณเตือนได้เร็วขึ้น และมีความมั่นใจในการตัดสินใจทางการพยาบาลมากกว่าเดิม ประสบการณ์ดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการปฏิบัติงานที่อาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคล ไปสู่การดูแลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐานสำคัญ สอดคล้องกับคู่มือฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ปี 2025 ที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทางเพื่อการบริการเชิงรุกและการป้องกันปัญหา (Department of Mental Health, 2025)ในมุมมองเชิงปรากฏการณ์วิทยา ความต้องการพัฒนาศักยภาพมิได้สะท้อนเพียงการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม แต่สะท้อนความพยายามของพยาบาลในการสร้างความมั่นคงและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่ซับซ้อน เครื่องมือ แนวปฏิบัติ และองค์ความรู้ จึงเปรียบเสมือนสิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้พยาบาลสามารถมองเห็น ตีความ และตอบสนองต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างมีความหมายมากขึ้น อีกทั้ง ยังช่วยเปลี่ยนประสบการณ์เฉพาะบุคคลให้กลายเป็นองค์ความรู้ร่วมขององค์กร ซึ่งเอื้อต่อการสร้างความต่อเนื่องและความปลอดภัยของระบบการดูแล

เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ประเด็นร่วมกันในมุมมองเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เป็นกระบวนการของการรับรู้ ตีความ และตอบสนองต่อความไม่แน่นอนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องอาศัยทั้งประสบการณ์การรับรู้ผ่านร่างกาย ความไวต่อสัญญาณต่าง ๆ และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อทำความเข้าใจความหมายของอาการ พฤติกรรม และความเสี่ยงที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้โดยตรง ดังนั้น แก่นแท้ของประสบการณ์ที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ “การเป็นผู้พิทักษ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยภายใต้ความไม่แน่นอน” ซึ่งสะท้อนว่าการพยาบาลมิใช่เพียงการจัดการอาการทางคลินิก แต่เป็นการทำความเข้าใจความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยภายใต้บริบทที่ซับซ้อนของการเจ็บป่วยทางจิตเวชและทางกายที่เกิดขึ้นพร้อมกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทเฉพาะหอผู้ป่วยใน หรือสถาบันแห่งเดียว จากกลุ่มตัวอย่างเพียง 12 คน และเป็นบริบทเฉพาะของหน่วยงาน ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงใช้ได้กับทุกโรงพยาบาลที่มีบริบทหรือทรัพยากรที่แตกต่างกัน ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติได้โดยตรง รวมถึงข้อมูลบางส่วนขึ้นอยู่กับการระลึกเหตุการณ์ย้อนหลังของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจมีรายละเอียดบางอย่างตกหล่นหรือถูกบิดเบือนตามกาลเวลา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการจัดทำแนวปฏิบัติ/ แบบประเมินอาการสำลักที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงครอบคลุมการประเมินกลืน เทคนิคให้อาหาร การดูแลหลังให้อาหาร และแนวทางจัดการผลข้างเคียงยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักที่สอดคล้องกับประสบการณ์การดูแลและ บริบทของหน่วยบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Ali, T., Sisay, M., Tariku, M., Mekuria, A. N., & Desalew, A. (2021). Antipsychotic-induced extrapyramidal side effects: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS ONE*, *16*(9), e0257129. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257129

Ayuwat, P., & Laoratsri, P. (2016). *Schizophrenia: Case study and nursing care*. Praboromarajchanok Institute.

Borglin G., Eriksson M., Rosén M., Axelsson M. (2020). Registered nurses' experiences of providing respiratory care in relation to hospital-acquired pneumonia at in-patient stroke units: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, *19*(1), 124. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00518-7

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). Oxford University Press.

de Leon, J., Ruan, C. J., Verdoux, H., & Wang, C. (2020). Clozapine is strongly associated with the risk of pneumonia and inflammation. *General Psychiatry*, *33*(2), e100183. https://doi.org/10.1136/gpsych-2019-100183

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., MacLure, M., Otterstad, A. M., Torrance, H., Cannella, G. S., Koro-Ljungberg, M., & McTier, T. (2017). Critical qualitative methodologies reconceptualizations and emergent construction. *International Review of Qualitative Research, 10*(4), 482–498. https://doi.org/10.1525/irqr.2017.10.4.482

Department of Mental Health. (2017). *Training manual: Accessing services and caring for patients with psychotic disorders for nurses/public health academics* (Revised edition). Deenadoo Media Plus.

Department of Mental Health. (2025). *Training course manual: Thailand international mental health workforce training program 2025*. Department of Mental Health, WHO Thailand and WHO SEARO.

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for swallowing disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, *6*(3), 89-115. https://doi.org/10.1177/23969873211039721

Frimpong, Y. S., Ampomah, M. O., Eliason, C., Berko, D. Y., Laari, L., & Kolbugri, P. (2025). Exploration of nurses' preventive practices for aspiration pneumonia among poststroke patients at a teaching hospital in Ghana: A qualitative study. *SAGE Open Nursing*, *11*, 23779608251399966. https://doi.org/10.1177/23779608251399966

Herzig, S. J., LaSalvia, M. T., Naidus, E., Rothberg, M. B., Zhou, W., Gurwitz, J. H., & Marcantonio, E. R. (2017). Antipsychotics and the risk of aspiration pneumonia in individuals hospitalized for nonpsychiatric conditions: A cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society, 65*(12), 2580–2586. https://doi.org/10.1111/jgs.15066

Husserl, E. (1969). *Formal and transcendental logic*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-4900-8

Lisiecka, D., et al. (2024). Aspiration pneumonia in nursing literature-A mapping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, *5*, 1393368. https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1393368

Luykx, J. J., Correll, C. U., Manu, P., Tanskanen, A., Hasan, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2024). Pneumonia risk, antipsychotic dosing, and anticholinergic burden in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, *81*(10), 967-975. https://10.1001/jamapsychiatry.2024.1441

Moolkaew, R., Soivong, P., & Chaiard, J. (2016). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for dysphagia management among stroke patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, *3*(2), 44–57. (in Thai)

Nakhon Pathom Hospital. (2024). *Summary report on nursing quality performance*. Nakhon Pathom Hospital. (in Thai)

Nantharaksa, C., & Phrommee, J. (2023). Nursing care for stroke patients with dysphagia and oral health care. *Khon Kaen University Hospital Journal, 4*(4), 338–356. https://kkuhj.com/journal/2dbfa5690f88473e87556bb23bc7b241 (in Thai)

Nongkhai Hospital. (2024). *Nursing practice guideline for prevention of aspiration in psychiatric patients receiving antipsychotic medications*. https://it.nkh.go.th/nurse/docs/workin/20240615202844.pdf (in Thai)

Sanivarapu, R. R., Vaqar, S., Gibson, J., & Overmeyer, K. A. (2017). *Aspiration pneumonia (nursing)*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568770/

Sharma, M., Suthar, N., & Yadav, P. (2025). Extrapyramidal symptoms in psychiatric disorders: Current insights, risk Factors, and future directions: A narrative review. *Junior Researchers*, *3*(2), 193-211. https://doi.org/10.52340/jr.2025.03.02.28

Sharma, N. P., & Gupta, V. (2023). *Therapeutic communication*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/

Sukwatjanee, A., & Neti, P. (2024). Development of nursing guidelines for assessing dysphagia in elders with stroke. *Nursing Journal CMU*, *51*(2), 135–149. (in Thai)

Suraseranivong, R. (2024). Anorexia in the older people. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, *20*(2), 68–79. (in Thai)

Ueda, A., Nohara, K., Obara, M., & Watanabe, S. (2024). Analysis of anticholinergic drugs associated with aspiration pneumonia using the Japanese adverse drug event report database: Supplementary insights from a scoping review. *Respiratory Investigation*, *62*(6), 1044-1050. https://doi.org/10.1016/j.resinv.2024.09.003

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 32-46

บทความวิจัย (Research article)

ผลของแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

Effects of an Online Learning Platform for Caregivers on Knowledge of Dementia Prevention in Older Adults

ขวัญหทัย คำวันดี[1], จันจิรา อ่อนอารี[1], ปาริชาติ ราชคต[1], ภานุสร เพลียมา[1], สุวัฒน์ชัย หงษ์ศรีทอง[1], สมเกียรติ สุทธรัตน์[2]*

Kwanhatai Khamwandee[1], Janjira Onaree[1], Parichat Ratchakhod[1], Phanuson Phliama[1], Suwatchai Hongsrithong[1], Somkiat Suttharat[2]*

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somkiat.sutth@npu.ac.th)

(Received: March 28, 2026; Revised: May 20, 2026; Accepted: May 25, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน คัดเลือกโดยการอาสาสมัคร จับคู่ตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลากอย่างง่าย กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์และแบบทดสอบความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบแมนวิทนีย์ยู และการทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ มีคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง (Z = 6.04, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Z = 5.85, p < .001) และมีคะแนนเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = 5.72, p < .001)

แพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล และนำไปใช้เป็นสื่อส่งเสริมความรู้ในชุมชนและบริการสุขภาพปฐมภูมิได้

คำสำคัญ: แพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

[1] นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of an online learning platform for caregivers on knowledge regarding dementia prevention in older adults. The sample consisted of 48 caregivers of older adults recruited through voluntary participation. Participants were matched by gender, age, educational level, and pretest knowledge scores, and then randomly assigned to an experimental group and a control group using simple random sampling, with 24 participants in each group. The experimental group received the online learning platform, while the control group received routine care and standard information. Research instruments included the online learning platform and a dementia prevention knowledge questionnaire for caregivers. The content validity index of the instruments was .98, and the reliability coefficient using Kuder–Richardson Formula 21 was .75. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The findings revealed that, after participating in the online learning platform, the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores regarding dementia prevention compared with their pretest scores ($Z = 6.04$, $p < .001$) and compared with the control group ($Z = 5.85$, $p < .001$). In addition, the change in knowledge scores between pretest and posttest in the experimental group was significantly greater than that of the control group at the .05 significance level ($Z = 5.72$, $p < .001$).

The online learning platform effectively enhanced caregivers' knowledge regarding dementia prevention and may be applied as an educational tool for community health promotion and primary healthcare services.

Keywords: Online learning platform, Caregivers, Older adults, Dementia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และนโยบายสาธารณะทั่วโลก โดยเกิดจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การพัฒนาระบบสาธารณสุข และอัตราการเกิดที่ลดลง (United Nations, 2022) อย่างไรก็ตาม อายุขัยที่ยืนยาวขึ้นสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ความเปราะบาง และการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ในหลายระบบ เช่น การลดลงของสมรรถนะทางกาย การเคลื่อนไหวที่ช้าลง การมองเห็นและการได้ยินที่เสื่อมลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้ง การเสื่อมถอยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความจำ ความใส่ใจ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (World Health Organization, 2019a, 2025a)

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ความเป็นอิสระ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงและภาระการดูแลของครอบครัว โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 57 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2025b) สำหรับประเทศไทย การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วทำให้ความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความเสื่อมถอยทางการรู้คิดเพิ่มขึ้น (Department of Older Persons, 2024; National Statistical Office, 2024) ครอบครัวและผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าสังเกตความเปลี่ยนแปลง และสนับสนุนการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรายงานผ่าน Hfocus ว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 600,000–800,000 คน และตัวเลขจริงอาจสูงถึง 1 ล้านคน เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่รู้ตัวและผู้ดูแลอาจมองข้ามสัญญาณเตือนของโรค (Hfocus, 2026) และข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568 ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 10 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Patanavanich & Aekplakorn, 2025) สะท้อนว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นประเด็นสาธารณสุขสำคัญที่ต้องเน้นการป้องกัน การคัดกรอง และการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยเสี่ยงประมาณร้อยละ 40 สามารถป้องกันหรือชะลอได้ผ่านการจัดการพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Livingston et al., 2020) สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกและกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (Engel, 1977; World Health Organization, 2019a)

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การกระตุ้นการรู้คิด ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การนอนหลับ การควบคุมโรคเรื้อรัง และการสังเกตความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน ความรู้ของผู้ดูแลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับครอบครัวและชุมชน (Livingston et al., 2024; World Health Organization, 2019a, 2019b) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้ว มากกว่าการเตรียมความรู้ด้านการป้องกันในผู้สูงอายุทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยง (Bressan et al., 2020; Cheng, 2017; Sztramko et al., 2021) ผู้วิจัยจึงพัฒนาแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล โดยใช้ข้อได้เปรียบของการเรียนรู้ออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย ยืดหยุ่น และเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งยังมีจำกัดในบริบทไทย (Bressan et al., 2020; Kittiworavej et al., 2024; Sztramko et al., 2021; World Health Organization, 2019b)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลและข้อมูลตามปกติ

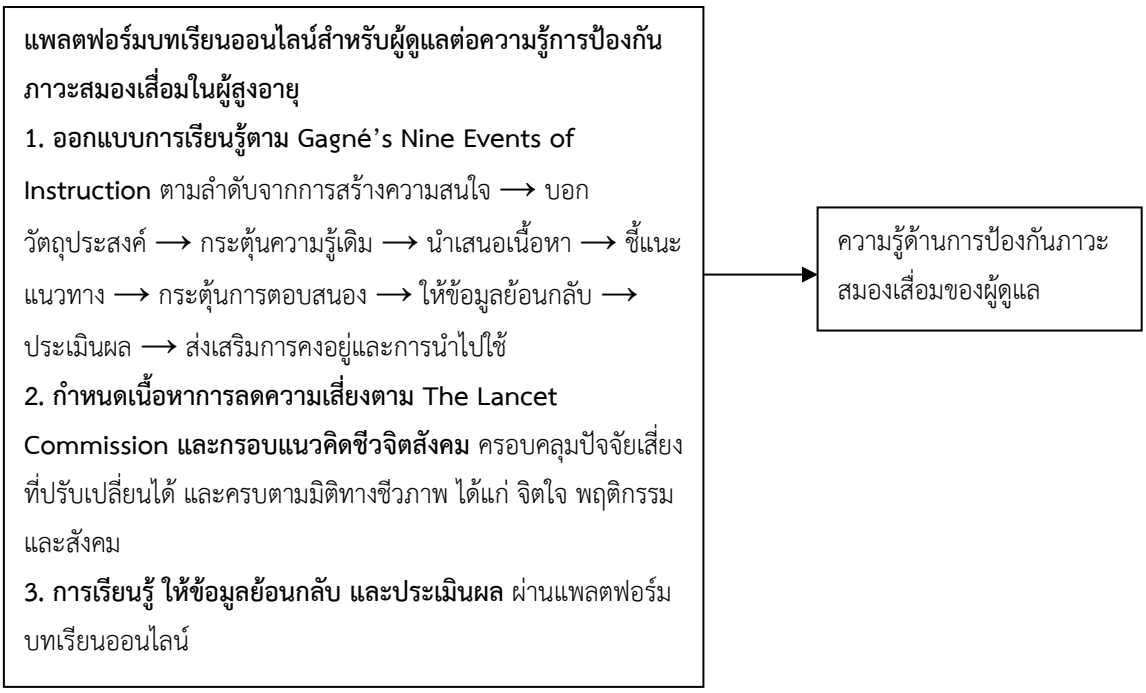
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

แพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์นี้บูรณาการหลักการออกแบบการสอน 9 ขั้นตอน (nine events of instruction) ตามทฤษฎีเงื่อนไขการเรียนรู้ของ Gagné et al. (2005) ร่วมกับแนวคิดการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ The Lancet Commission (Livingston et al., 2024) เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ของภาวะสมองเสื่อมตลอดช่วงชีวิต เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมโรคเรื้อรัง การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการกระตุ้นการรู้คิด และกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) อธิบายว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางกาย จิตใจ พฤติกรรม และบริบททางสังคมของบุคคล (Engel, 1977) ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแล ซึ่งจำเป็นต่อการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดงานวิจัย เรื่อง ผลของแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2568 ถึง 20 มิถุนายน 2568 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีบทบาทหลักในการดูแลหรือสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ในปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยมีผลการคัดกรอง Mini-Cog อยู่ในช่วง 3–5 คะแนน (Borson et al., 2000) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) เลือกการทดสอบ Mean: Difference between two independent means (two groups) กำหนดการทดสอบแบบทางเดียว ขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Kittiworavej et al. (2024) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารพื้นฐาน เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์พกพา ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ 4) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีสุขภาพดี และไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินหรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม และ 6) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมหรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมาก่อน และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ขาดการเข้าร่วมเกินร้อยละ 20 ของกิจกรรมทั้งหมด และ 2) มีแผนการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่ศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เมื่อครบตามจำนวนแล้ว ทำการจับคู่ตามเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบปรนัยชนิด

เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยให้คะแนนตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับความรู้ที่สูงขึ้น จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 16–20 คะแนน หมายถึง ระดับสูง ร้อยละ 60–79 หรือ 12–15 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0–11 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ (Bloom et al., 1971) ทั้งนี้ ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ และต่ำกว่า 12 คะแนนถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์เพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบดิจิทัลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถเข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์พกพา มีเนื้อหา 4 บทหลัก ได้แก่ 1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความหมาย อาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และการเปลี่ยนแปลงด้านความจำในผู้สูงอายุ 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด โรคอ้วน การสูบบุหรี่ มลพิษ และการบาดเจ็บศีรษะ 3) การส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมการนอนหลับที่เหมาะสม และ 4) การส่งเสริมปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การกระตุ้นการรู้คิด การดูแลการได้ยินและการมองเห็น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสมอง รวมทั้ง มีแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน การให้ข้อมูลย้อนกลับและสื่อสรุปความรู้ นำเสนอผ่านสื่อมัลติมีเดียที่หลากหลาย ได้แก่ ภาพกราฟิก เสียง วิดีโอ ข้อความ และกิจกรรมโต้ตอบ (interactive learning) โดยผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (self-paced learning) ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้าเรียน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบประเมินความรู้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน แบบทดสอบความรู้ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .98 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นคูเดอร์–ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson 21: KR-21) มีค่าเท่ากับ .75 รวมทั้ง นำแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งาน ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสะดวกในการเข้าถึงผ่านสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัล และความเข้าใจต่อขั้นตอนการเรียนรู้ และให้ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแพลตฟอร์มก่อนนำไปใช้จริง ได้แก่ การปรับภาษาบางส่วนให้เข้าใจง่ายขึ้น การจัดลำดับเนื้อหาให้ต่อเนื่อง การเพิ่มความชัดเจนของคำชี้แจง และการปรับรูปแบบสื่อให้เหมาะสม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รวมทั้งการลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการใช้งานแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์โดยละเอียด ได้แก่ การเข้าสู่ระบบ ลำดับขั้นตอนการเรียนรู้ การรับชมวิดีโอแนะนำ การทำกิจกรรมในแพลตฟอร์ม การทำแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน และระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ จากนั้นผู้เข้าร่วมเข้าสู่ระบบแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ แนะนำตนเอง รับชมวิดีโอแนะนำ ศึกษาบทเรียนออนไลน์ที่ออกแบบตามลำดับขั้นของการเรียนรู้ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที รายละเอียด ตามตาราง 1

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้การดูแลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปตามปกติ และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ นัดหมายเพื่อทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) และเปิดโอกาสให้ใช้งานแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ตามความสมัครใจ

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมของแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สัปดาห์	ขั้นตอนการเรียนรู้	กิจกรรม
1	การสร้างความสนใจ (gain attention)	ผู้เรียนแนะนำตนเองผ่านกระดานสนทนา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม
	การบอกวัตถุประสงค์ (inform learners of objectives)	อธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เช่น ผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังจบบทเรียน
	การกระตุ้นความรู้เดิม (stimulate recall of prior knowledge)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบก่อนเรียน (pretest)
2	การนำเสนอเนื้อหา (present the content)	จัดการเรียนรู้ 4 บท ได้แก่ บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (ความหมาย อาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรภาพ) บทที่ 2 การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางกาย (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ โรคอ้วน มลพิษ และการบาดเจ็บศีรษะ) บทที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรม (การออกกำลังกาย การลดแอลกอฮอล์ การป้องกันภาวะซึมเศร้า) บทที่ 4 การส่งเสริมปัจจัยป้องกัน (การกระตุ้นสมอง การได้ยิน การมองเห็น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม)

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ขั้นตอนการเรียนรู้	กิจกรรม
3	การชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ (provide learning guidance)	สรุปเนื้อหาผ่านอินโฟกราฟิกและตัวอย่างสถานการณ์
	การกระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง (elicit performance)	ผู้เรียนฝึกปฏิบัติตามวิดีโอหรือกิจกรรมโต้ตอบ
	การให้ข้อมูลย้อนกลับ (provide feedback)	ระบบให้ข้อมูลย้อนกลับอัตโนมัติ เช่น การตอบถูก/ผิด และการเฉลย
4	การประเมินผล (assess performance)	ผู้เรียนทำแบบทดสอบหลังเรียน (posttest)
	การส่งเสริมการคงอยู่และนำไปใช้ (enhance retention and transfer)	รับอินโฟกราฟิกสรุปเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*) และค่ามัธยฐาน (median: *Med*) เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Fisher's exact test และ Fisher–Freeman–Halton exact test ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความรู้ด้วย Shapiro–Wilk test พบว่า p-value > .05 ร่วมกับการพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของคะแนนที่มีช่วงจำกัด จึงเลือกใช้สถิติไร้พารามิเตอร์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังและก่อนการทดลอง (Δ = posttest – pretest) และเปรียบเทียบระหว่างทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เลขที่รับรอง BCNN68014 ลงวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 83.3 และเพศชายร้อยละ 16.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 50.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		*p-value*
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	4	16.67	4	16.67	.650[(a)]
หญิง	20	83.33	20	83.33	
อายุ (ปี)					.084[(b)]
18-30	0	0.00	1	4.17	
31–40	3	12.50	4	16.67	
41–50	12	50.00	4	16.67	
≥ 51	9	37.50	15	62.50	
ระดับการศึกษา					.852[(b)]
ประถมศึกษา	3	12.50	2	8.33	
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	33.33	7	29.17	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	25.00	5	20.83	
อนุปริญญา/ปวส.	4	16.67	4	16.67	
ปริญญาตรี	3	12.50	6	25.00	
สถานภาพสมรส					.069[(b)]
โสด	3	12.50	11	45.83	
สมรส	19	79.17	11	45.83	
หย่าร้าง	2	8.33	2	8.33	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					.862[(b)]
ไม่มีรายได้	1	4.17	0	0.00	
< 5,000	9	37.50	8	33.33	
5,001–10,000	3	12.50	2	8.33	
10,001–15,000	4	16.67	7	29.17	
15,001–20,000	3	12.50	4	16.67	
20,001–25,000	2	8.33	1	4.17	
> 25,000	2	8.33	2	8.33	

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		*p-value*
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ					.341[(b)]
สามี/ภรรยา	6	25.00	3	12.50	
บุตร	12	50.00	10	41.67	
พี่/น้อง	5	20.83	7	29.17	
หลาน	0	0.00	3	12.50	
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	1	4.17	1	4.17	

[(a)] Fisher's exact test, [(b)] Fisher–Freeman–Halton exact test

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น (Z = 6.04, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 1.89, p = .059) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Med*	*M*	*SD*	*Med*		
ทดลอง (n = 24)	9.45	2.44	9.00	18.41	1.71	19.00	-6.04*	< .001
ควบคุม (n = 24)	8.25	2.65	8.00	9.60	1.95	10.00	1.89	.059

*p < .05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.45 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 8.25 คะแนน ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 1.54, p = .124) ในขณะที่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 18.41 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 9.60 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.85, p < .001) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (**Δ**) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.96 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.35 คะแนน ซึ่งแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.72, p < .001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและคะแนนเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann–Whitney U test

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 24)			กลุ่มควบคุม (n = 24)			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Med*	*M*	*SD*	*Med*		
ก่อนการทดลอง	9.45	2.44	9.00	8.25	2.65	8.00	1.54	.124
หลังการทดลอง	18.41	1.71	19.00	9.60	1.95	10.00	-5.85*	< .001
คะแนนเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังการทดลอง (**Δ**)	8.96	2.52	9.00	1.35	2.10	1.00	-5.72*	< .001

*$p < .05$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลได้มากกว่าการได้รับข้อมูลตามปกติ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่บูรณาการหลักการออกแบบการเรียนรู้ของ Gagné ซึ่งจัดลำดับการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกระตุ้นความสนใจ การนำเสนอเนื้อหา การฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผล ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ได้อย่างมีโครงสร้าง (Gagné et al., 2005) นอกจากนี้ เนื้อหาในแพลตฟอร์มครอบคลุมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลายมิติ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ พฤติกรรม และสังคม เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การกระตุ้นการรู้คิด และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงอาจช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ชัดเจนขึ้น แพลตฟอร์มที่พัฒนาขึ้นยังใช้สื่อหลายรูปแบบ ได้แก่ วิดีโอ อินโฟกราฟิก ข้อความสรุป และกิจกรรมโต้ตอบ ซึ่งช่วยลดความซับซ้อนของเนื้อหาและสนับสนุนการเรียนรู้อย่างเป็นลำดับ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียที่อธิบายว่าการจัดเนื้อหาอย่างเหมาะสมร่วมกับการนำเสนอผ่านช่องทางภาพและเสียงช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ (Mayer, 2021) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเดิมที่พบว่าเครื่องมือการเรียนรู้ออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีศักยภาพในการสนับสนุนผลลัพธ์ของผู้ดูแล (Sztramko et al., 2021) และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพให้ผลเชิงบวกต่อความรู้ (Nguyen et al., 2022)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์สามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการออกแบบบทเรียนตามหลัก Gagné et al.’s Nine Events of Instruction ซึ่งเน้นการกระตุ้นความรู้เดิม การนำเสนอเนื้อหาอย่างเป็นระบบ การฝึกปฏิบัติ

การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผลการเรียนรู้ (Gagné et al., 2005) การมีแบบทดสอบก่อนและหลังเรียนยังอาจช่วยกระตุ้นการเรียกคืนความรู้ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการจดจำและการคงอยู่ของความรู้ โดยหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่า การใช้แบบทดสอบหรือกิจกรรม quizzing ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้ที่ไม่มีการทดสอบ (Yang et al., 2021) ขณะเดียวกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับผ่านระบบดิจิทัลช่วยให้ผู้เรียนทราบข้อถูกต้องและข้อคลาดเคลื่อนของตนเอง และส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Brummer et al., 2024) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อการลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม โดย Levinson et al. (2026) พบว่าโปรแกรมอีเลิร์นนิงสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Yang et al. (2022) พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมผ่านอินเทอร์เน็ตด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองอาจอธิบายได้จากการมีเนื้อหาเฉพาะด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ลำดับการเรียนรู้ที่ชัดเจน แบบทดสอบ ข้อมูลย้อนกลับ และโอกาสในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

3.การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ (Δ score) ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.72$, $p < .001$) ซึ่งสนับสนุนว่า การเพิ่มขึ้นของความรู้มีความสัมพันธ์กับการได้รับแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ มากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามเวลาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากเนื้อหาของแพลตฟอร์มครอบคลุมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ การจัดการปัจจัยเสี่ยงทางกาย การส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรม การกระตุ้นการรู้คิด การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และบทบาทของผู้ดูแลในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันภาวะสมองเสื่อมแบบพหุองค์ประกอบของ The Lancet Commission ที่เน้นการลดความเสี่ยงผ่านการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ตลอดช่วงชีวิต (Livingston et al., 2024) สอดคล้องกับหลักฐานที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านภาวะสมองเสื่อม (Sztramko et al., 2021; Nguyen et al., 2022; Levinson et al., 2026) อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของความรู้ไม่ได้หมายความว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเสมอไป จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแล ความคงอยู่ของความรู้ และผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดค่อนข้างจำกัดและดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทอื่น นอกจากนี้ ผลลัพธ์วัดเฉพาะความรู้หลังสิ้นสุดการใช้แพลตฟอร์มทันที ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลจริงหรือคงอยู่ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำแพลตฟอร์มบทเรียนออนไลน์ไปใช้เป็นสื่อเสริมในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยควรมีบุคลากรสุขภาพแนะนำวิธีเข้าใช้งาน ติดตามการเรียนรู้ และเชื่อมโยงเนื้อหากับการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ ควรปรับรูปแบบการใช้งานให้เหมาะสมกับความพร้อมด้านอุปกรณ์ดิจิทัล ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ต และบริบทของผู้ดูแลในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นและหลากหลายบริบท เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และกลุ่มผู้ดูแลที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีแตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย รวมทั้ง ติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือนหลังการใช้แพลตฟอร์ม เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และผลต่อการนำความรู้ไปใช้จริง และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์อื่น เช่น พฤติกรรมการดูแล ความมั่นใจของผู้ดูแล และการสนับสนุนพฤติกรรมลดความเสี่ยงของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลของแพลตฟอร์มได้อย่างครอบคลุม

รายการอ้างอิง

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(11), 1021-1027. https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6

Bressan, V., Visintini, C., & Palese, A. (2020). What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health & Social Care in the Community, 28*(6), 1942-1960. https://doi.org/10.1111/hsc.13048

Brummer, L., de Boer, H., Mouw, J. M., & Strijbos, J.-W. (2024). A meta-analysis of the effects of context, content, and task factors of digitally delivered instructional feedback on learning performance. *Learning Environments Research, 27*(3), 453-476. https://doi.org/10.1007/s10984-024-09501-4

Cheng, S.-T. (2017). Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Current Psychiatry Reports, 19*(9), Article 64. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2

Department of Older Persons. (2024). *Situation of the Thai older persons 2023.* Ministry of Social Development and Human Security. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf (in Thai)

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Gagné, R. M., Wager, W. W., Golas, K. C., & Keller, J. M. (2005). *Principles of instructional design* (5th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.

Hfocus. (2026, February 17). *The Department of Medical Services and the private sector promote the "Nakhon Pathom Sandbox" for comprehensive dementia care.* https://www.hfocus.org/content/2026/02/37088 (in Thai)

Kittiworavej, S., Singhard, S., Suriya, A., & Kittiworavej, J. (2024). Effects of caregivers preparation web application program on knowledge and skills for the prevention of dementia in the elderly. *Journal of Health Science of Thailand, 33*(2), 307-317. (in Thai)

Levinson, A. J., Ayers, S., Clark, S., Woodburn, R., Schneeberg, A., Hadid, D., Kates, N., Strudwick, G., Grad, R., Papaioannou, A., Dobbins, M., Siu, H., Duarte, D., Saperson, K., Marr, S., Oliver, D., & Neil-Sztramko, S. (2026). Effects of internet-based dementia risk reduction education on risk and protective factor knowledge, intentions, and health behaviors: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 28,* e79405. https://doi.org/10.2196/79405

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet, 404*(10452), 572-628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet, 396*(10248), 413-446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6

Mayer, R. E. (2021). *Multimedia learning* (3rd ed.). Cambridge University Press.

National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand.* https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf (in Thai)

Nguyen, H., Phan, H. T., Terry, D., Doherty, K., & McInerney, F. (2022). Impact of dementia literacy interventions for non-health-professionals: Systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health, 26*(3), 442-456. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1884843

Patanavanich, R., & Aekplakorn, W. (2025). *Thai National Health Examination Survey VII (2024–2025)*. Health Systems Research Institute. http://hdl.handle.net/11228/6360 (in Thai)

Sztramko, R., Levinson, A. J., Wurster, A. E., Jezrawi, R., Sivapathasundaram, B., Papaioannou, A., Cowan, D., St Onge, J., Marr, S., Patterson, C., Woo, T., Mosca, L., & Lokker, C. (2021). Online educational tools for caregivers of people with dementia: A scoping literature review. *Canadian Geriatrics Journal, 24*(4), 351-366. https://doi.org/10.5770/cgj.24.506

United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results.* https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

World Health Organization. (2019a). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines.* https://www.who.int/publications-detail-redirect/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia

World Health Organization. (2019b). *iSupport for dementia: Training and support manual for carers of people with dementia*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241515863

World Health Organization. (2025a, October 1). *Ageing and health.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

World Health Organization. (2025b, March 31). *Dementia.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Yang, C., Luo, L., Vadillo, M. A., Yu, R., & Shanks, D. R. (2021). Testing (quizzing) boosts classroom learning: A systematic and meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 147*(4), 399-435. https://doi.org/10.1037/bul0000309

Yang, T., Gong, D., Peng, Y., & Yang, Y. (2022). Effects and influencing factors of internet-based training on primary prevention of dementia among primary health care workers. *Nurse Education Today, 116,* 105454. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105454

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 47-60

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

The Effects of a Self-Management Promotion Program Through Online Application on Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ดุษฎี พูลทรัพย์[1]*, ยุพา วงศ์รสไตร[2]

Dussadee Punsap[1]*, Yupa Wongrostai[2]

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

(Received: February 10, 2026; Revised:July 3, 2026; Accepted: July 5, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 40 ปีขึ้นไป แผนกอายุรกรรมโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน โดยการจับคู่ตามเพศ อายุและชนิดของยาสูดพ่น เก็บรวบรวมข้อมูลสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องวัดอัตราการไหลสูงสุดของลมหายใจออก และเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (M = 342.90; SD = 129.23) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 244.84, SD = 85.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.85, p <.001) และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M = 269.68, SD = 92.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.56, p <.05)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ดังกล่าวมีประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, สมรรถภาพปอด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a self-management promotion program delivered through the LINE application on pulmonary rehabilitation. The sample consisted of 62 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), aged 40 years and older, who attended the Respiratory Medicine Clinic. Participants were selected using purposive sampling and assigned to either an experimental group or a control group, with 31 participants in each group. The two groups were matched by sex, age, and type of inhaled medication used. Data were collected using a Peak Expiratory Flow (PEF) meter to assess pulmonary function and a self-management assessment questionnaire to monitor the intervention. The questionnaire demonstrated good internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests.

The results showed that, after participating in the self-management promotion program delivered through the LINE application, the experimental group had a significantly higher mean pulmonary function score (M = 342.90, SD = 129.23) than before the intervention (M = 244.84, SD = 85.16) (t = 7.85, $p < .001$). Furthermore, the experimental group demonstrated significantly better pulmonary function than the control group, which received usual nursing care (M = 269.68, SD = 92.97) (t = 2.56, $p < .05$).

The findings indicate that the self-management promotion program delivered through the LINE application was effective in improving pulmonary function among patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: Self-management, Pulmonary function, Chronic obstructive pulmonary disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ จากการได้รับฝุ่นละอองและก๊าซพิษเป็นเวลานานโดยเฉพาะควันบุหรี่ ส่งผลเกิดการอักเสบเรื้อรัง หลอดลมตีบแคบ การไหลของอากาศขณะหายใจออกลดลง ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือมีอาการกำเริบจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและสมรรถภาพปอดมักไม่สามารถกลับสู่ระดับเดิมได้ (The Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2022) องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 8 โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิต 3.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 และร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 เท่า

ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ในอัตรา 40 คนต่อประชากร 100,000 คน (Strategy and Planning Division, 2022) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ความสำคัญกับการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและลดการกำเริบของโรค ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำกิจกรรม ลดอาการเหนื่อย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Thiraphatphong, 2021) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วยการออกกำลังกายและการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดอาการหายใจลำบาก ความถี่ และความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยโปรแกรมควรมีระยะเวลาต่อเนื่อง 6-8 สัปดาห์ จึงจะมีประสิทธิภาพ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2022) เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถติดตาม ควบคุม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค กระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องนี้มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลตนเอง (Creer, 2000) มุ่งเน้นที่การใช้ศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองผ่านกระบวนการที่เป็นระบบและชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะที่จำเป็น เช่น การใช้ยา การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีการจัดการตนเองด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ไม่เหมาะสม โดยขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคยังไม่ได้รับคำแนะนำที่เพียงพอเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อีกทั้ง ยังมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจกับอาการหอบเหนื่อยของตนเอง ส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายเพียงเล็กน้อยมากกว่าการออกกำลังกายอย่างจริงจัง (Boonrueang et al., 2017) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น การสูดยาไม่สัมพันธ์กับการหายใจ (Wanitwetphibun, 2018) แม้จะมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน แต่อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้ยังคงเพิ่มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยง ชะลอความรุนแรงของโรค และช่วยให้มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น

คลินิกอายุรกรรมโรคปอด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 263, 269 และ 251 ราย ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 19, 15 และ 22 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดด้านความจำและการเรียนรู้ จึงส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการติดตามและส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์และบัญชีไลน์แบบทางการ เนื่องจากเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมใช้งานง่าย และสามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็วผ่านข้อความ รูปภาพ เสียง และวิดีโอ อีกทั้งยังเอื้อต่อการติดตาม ให้คำแนะนำและเสริมแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ

Creer (2000) และผลการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับความรู้ การติดตามอาการ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ควบคุมอาการของโรค ลดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Tadsuan et al., 2021) แอปพลิเคชันไลน์นี้ จะเป็นช่องทางในการสื่อสาร ติดตาม และประเมินผลการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพปอดและการควบคุมอาการของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์

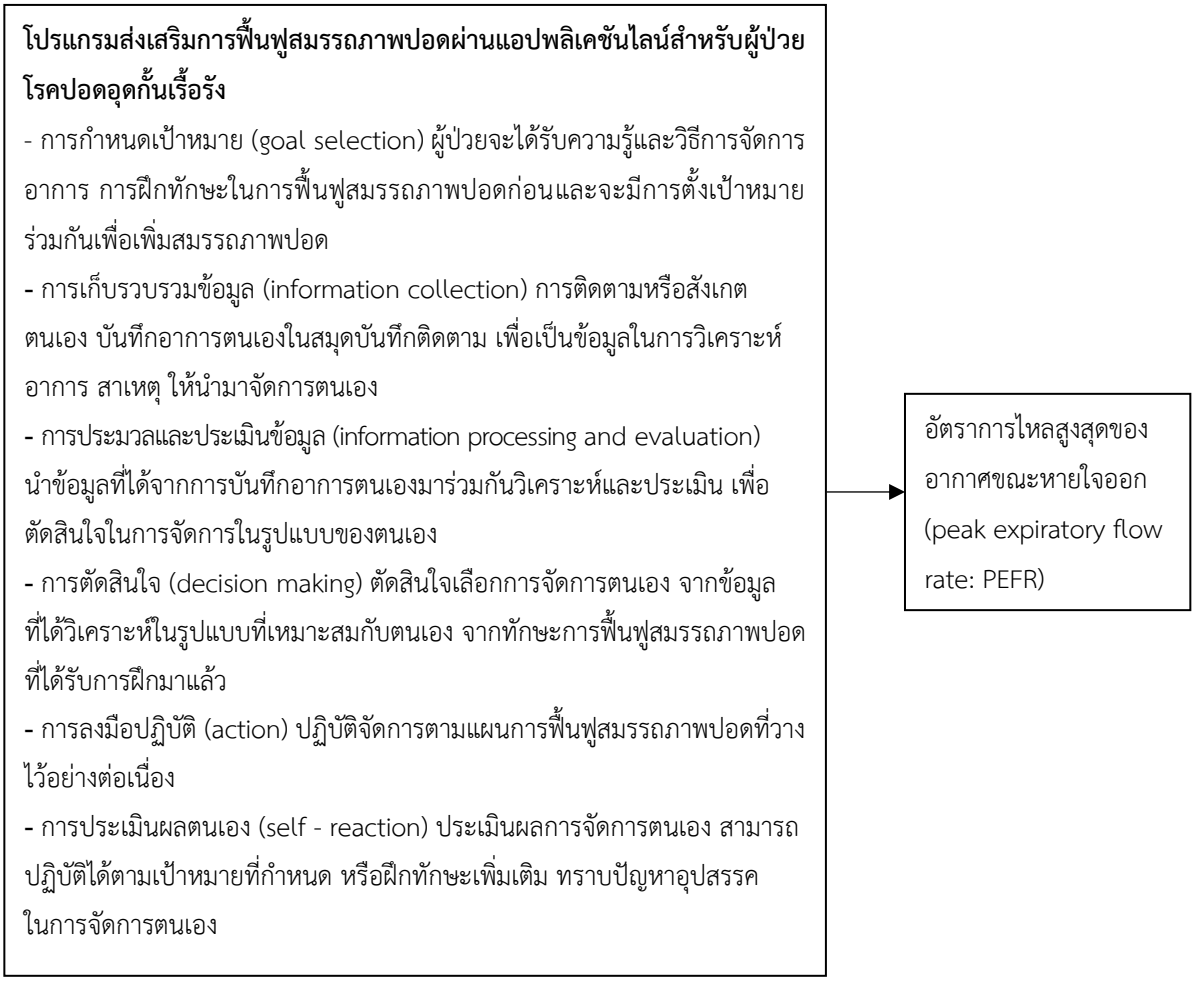
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของ Creer (2000) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือสนับสนุนการและติดตามผลการรักษาทางไกลที่เข้าถึงง่ายและทันสมัย เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน และคาดว่าจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของสมรรถภาพปอด โดยการประเมินอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด (peak expiratory flow rate: PEFR) ซึ่งสะท้อนสมรรถภาพการทำงานของปอดและระดับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยค่าที่สูงแสดงถึงสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น ซึ่งเหมาะสำหรับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (DeVrieze et al., 2024) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน 2567 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 874 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไป คลินิกอายุรกรรมโรคปอด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน การทดสอบทางเดียว กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .64 (Winthachai, 2017) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power

of test) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 31 คน รวมทั้งสิ้น 62 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 2 และ 3 (ค่าปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงและเร็วที่สุดภายในวินาทีแรก (forced expiratory volume in 1 second: FEV1) 2) มีการรับรู้ปกติ สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและสามารถสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 3) กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยมีคะแนน Mini cog ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (Trongsakul et al., 2015) มีผู้ดูแล จำนวน 1 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีคะแนน Barthel ADL index) > 12 คะแนน เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอน 3) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเสียชีวิต

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์คัดเข้า ทำการจับคู่(matched pair) ตามเพศ อายุ และชนิดของยาสูดพ่น จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย แผนการสอนความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สื่อวีดีโอและอินโฟกราฟฟิก คู่มือการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และสมุดการบันทึกติดตามตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำแนะนำการเลิกบุหรี่ การใช้ยาสูดพ่น การจัดการด้านอาหาร การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การจัดท่าลดอาการหอบเหนื่อย การป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อาการกำเริบ และชนิดของยาสูดพ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

2.2 เครื่องมือวัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด (PEFR) รุ่น Mini – Wright peak flow meter ซึ่งผ่านการตรวจสอบความแม่นยำ (calibration) ตามมาตรฐานของผู้ผลิตเรียบร้อยแล้ว โดยมีหลักการวัดคือ วัดแรงลมที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่ (forceful expiration) หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (total lung capacity) มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที (L/min) และการแปลผล ค่า PEFR ที่สูงแสดงถึงการไหลเวียนอากาศที่ดีและการอุดกั้นทางเดินหายใจน้อย ส่วนค่าที่ต่ำบ่งชี้ถึงการตีบแคบของหลอดลมหรือการอุดกั้นของทางเดินหายใจมากขึ้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ทำการวัด 3 ครั้ง และเลือกค่าที่ดีที่สุดมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกฝนทักษะการใช้เครื่องมือและการอ่านค่าจากผู้เชี่ยวชาญจนชำนาญ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Winthachai (2017) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) คิดคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (< 40 คะแนน) ปานกลาง (41–60 คะแนน) สูง (61–80 คะแนน) และสูงมาก (81–100 คะแนน) โดยประเมินในสัปดาห์ที่ 6 ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีคะแนนระดับสูง ขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหา ให้คำปรึกษาในประเด็นที่ยังบกพร่อง และประเมินซ้ำจนกว่าจะผ่านเกณฑ์

3.2 แบบประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกายด้วย Borg ’s scale (Borg 1998) เป็นแบบรายงานตนเองมีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนน (ไม่รู้สึกอะไรเลย) ถึง 20 คะแนน (เหนื่อยมากที่สุด/ หอบ) โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือระดับ 11-13 คะแนน ซึ่งหมายถึง “เริ่มรู้สึกเหนื่อย” ถึง “ค่อนข้างเหนื่อย”แต่ยังสามารถพูดคุยโต้ตอบได้ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมความเข้มข้นของการออกกำลังกายให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแบบประเมินการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีและการผลิตสื่อ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 นำแบบสอบถามการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567 คลินิกอายุรกรรมโรคปอด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังนี้

1.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย พร้อมทั้งฝึกอบรมวิธีวัดสมรรถภาพปอดอย่างถูกต้องด้วยเครื่องรุ่น Mini – Wright peak flow meter ผ่านการสาธิตและสื่อวีดีโอก่อนทำการทดสอบและบันทึกผล ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์และขออนุญาตใช้ช่องทางติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มอบเครื่องวัดสมรรถภาพปอดให้กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล

1.2 สัปดาห์ที่ 8 นัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบสมรรถภาพปอดหลังสิ้นสุดการทดลอง ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งให้ความรู้ในการจัดการตนเองและการฟื้นฟู

สมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมอบสื่อวีดีโอ ภาพอินโฟกราฟฟิก และบัญชีไลน์แบบทางการ “ปอดอุดกั้นเรื้อรัง” เพื่อสามารถนำไปใช้ศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเองที่บ้าน

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง การทดสอบสมรรถภาพปอด และดำเนินกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมต่อเนื่อง 6 ขั้นตอน ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สัปดาห์	ระยะเวลา	รายละเอียดกิจกรรม
1 คลินิกโรคปอด	1 ชั่วโมง 45 นาที	**การตั้งเป้าหมาย** ผู้ป่วยได้รับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ยาสูดพ่น การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การป้องกันและการจัดการอาการกำเริบ การจัดท่าลดอาการเหนื่อยหอบด้วยสื่อวิดีโอก่อนและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเพิ่มสมรรถภาพปอด **เก็บรวบรวมข้อมูล** โดยมอบหมายให้ติดตามหรือสังเกตตนเอง และบันทึกอาการตนเองในสมุดบันทึกติดตาม **การประมวลและประเมินข้อมูล** นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ร่วมกันและประเมินเพื่อช่วยในการตัดสินใจ **การตัดสินใจ** เลือกจัดการตนเองในรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง จากทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ได้รับการฝึกปฏิบัติ **การลงมือปฏิบัติ** จัดการตนเองตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ผ่านบัญชีไลน์แบบทางการ “ปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ตามคู่มือแนะนำการ ใช้งานการส่งเสริมสมรรถภาพปอดผ่าน สื่อวีดีโอหรือภาพอินโฟกราฟฟิก และช่องทางการสื่อสารร่วมกับการบันทึกและการปฏิบัติตัวประจำวันลงในสมุดบันทึกการติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง
2-8 แอปพลิเคชันไลน์	10 นาที	**กิจกรรมการลงมือปฏิบัติและการประเมินผลตนเองที่บ้าน** ดังนี้ - ผู้วิจัยส่งสื่อวิดีโอและภาพอินโฟกราฟฟิกเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถภาพปอดเพื่อทบทวนความรู้และทักษะการจัดการตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วันละ 1ครั้ง - ฝึกปฏิบัติฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน พร้อมส่งหลักฐานภาพถ่ายหรือวิดีโอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อการประเมินผลตนเองร่วมกับผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม - ส่งแบบบันทึกการติดตามตนเองประจำวันกลับมายังผู้วิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันตรวจสอบและประเมินผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ระยะเวลา	รายละเอียดกิจกรรม
6 แอปพลิเคชันไลน์	15 นาที	**การประเมินผล** กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่านแบบฟอร์มอิเลคทรอนิกส์ (Google form) ทางแอปพลิเคชันไลน์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลร่วมกันในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ที่กำหนด
8 แอปพลิเคชันไลน์	30 นาที	**การประเมินผลการจัดการตนเอง** ทำการทดสอบสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน นำผลการวัดมาร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

3. ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนสมรรถภาพปอด ด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ทดสอบสมมติฐานโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 026/2567 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 93.55 มีอายุเฉลี่ย 67.71 ปี (*SD* = 6.57) และ 67.32 (*SD* = 6.71) ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 1-5 ปี ร้อยละ 64.50 และ 67.74 ทั้ง 2 กลุ่มเกิดอาการกำเริบในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 45.16 สูบบุหรี่เฉลี่ย 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 41.92 และ 45.15 และจำนวนปีที่สูบ 6-10 ปี ร้อยละ 35.49 และ 38.70 ตามลำดับ

ทั้ง 2 กลุ่มใช้ยาสูดพ่นเป็นกลุ่มยา β2+Ipratropium ร้อยละ 58.06 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		การทดสอบ	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000[b]	1.000
ชาย	29	93.55	29	93.55		
หญิง	2	6.45	2	6.45		
อายุ (ปี)	*M* = 67.71, *SD* = 6.57		*M* = 67.32, *SD* = 6.71		.229[c]	.819
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)					.388[b]	4.225
< 6	20	64.50	21	67.74		
6-10	7	22.60	5	16.13		
11-15	2	6.45	1	3.23		
16-20	0	.00	2	6.45		
>20	2	6.45	2	6.45		
อาการกำเริบในระยะเวลา 1 ปี					.000[a]	1.000
เคย	14	45.16	14	45.16		
ไม่เคย	17	54.84	17	54.84		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวนต่อวัน)					3.445[b]	.523
ไม่สูบบุหรี่	4	12.91	1	3.23		
< 10	8	25.81	7	22.58		
11-20	13	41.92	14	45.15		
21-40	4	12.91	8	25.81		
> 40	2	6.45	1	3.23		
ยาสูดพ่น					.000[a]	1.000
β2+Ipratropium	18	58.06	18	58.06		
ICS+LABA	13	41.94	13	41.94		

A = Pearson Chi-square, b = Fisher's exact test, c = Independent sample t-test

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย (M = 342.90, SD = 129.23) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 244.84, SD = 85.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.85, $p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean	95% CI		*t*	*p*-
	M	*SD*	*M*	*SD*	difference	Lower	Upper		*value*
ควบคุม (n = 31)	278.39	97.33	269.68	92.97	8.71	-.16	17.58	2.01	.054
ทดลอง (n = 31)	244.84	85.16	342.90	129.23	- 98.07	-123.63	72.50	7.85***	<.001

***$p < .001$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.56, p = .013) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การทดสอบ	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		Mean difference	95% CI		*t*	*p*- *value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	278.39	97.33	244.84	85.16	33.55	-12.91	80.01	1.44	.154
หลังทดลอง	269.68	92.97	342.90	129.23	-73.23	-130.42	-16.03	-2.56*	.013

*$p < .05$

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (t = 7.85, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.56, p = .013) แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองเป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Creer (2000) ที่เน้นว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลเข้าไปควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ผ่านกระบวนการที่ชัดเจน 6 ขั้นตอน รวมทั้งการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ และบัญชีไลน์แบบทางการ “ปอดอุดกั้นเรื้อรัง” เป็นเครื่องมือหลักในการติดตามและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง การใช้เทคโนโลยีสุภาพในการจัดการดูแลสุขภาพ ทำให้

สามารถส่งสื่อความรู้ในรูปแบบวิดีโอและภาพอินโฟกราฟฟิก เพื่อทบทวนความรู้และทักษะได้ตลอดเวลา การติดตามผลสัปดาห์ละครั้งผ่านการส่งแบบบันทึกและการให้กำลังใจด้วยรูปภาพสติกเกอร์ไลน์เป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bi et al. (2021) ที่พบว่าการใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอดได้ดีกว่าการดูแลปกติ และการศึกษาของ Phimpa et al. (2023) พบว่า การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเทคโนโลยีสุขภาพสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตาม ให้ความรู้สนับสนุนการจัดการตนเอง และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

การศึกษานี้ ใช้เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด Mini Wright peak flow meter เพื่อวัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกสูงสุด (PEFR) ซึ่งสะท้อนสมรรถภาพการทำงานของปอดและแรงต้านภายในหลอดลม โดยค่าที่สูงแสดงถึงแรงต้านในหลอดลมต่ำสมรรถภาพปอดที่ดี ส่วนค่าที่ต่ำบ่งบอกถึงภาวะหลอดลมตีบแคบหรือสมรรถภาพปอดที่ลดลง เหมาะสำหรับติดตามอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดภายหลังการทดลอง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งจากการศึกษาของ Winthachai (2017) และ Saengsuk et al. (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่า PEFR ดีขึ้นหลังการทดลอง จึงสะท้อนว่าการจัดการตนเองเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2026) ดังผลคะแนนการจัดการตนเองซึ่งใช้เป็นเครื่องมือควบคุมในกลุ่มทดลองพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 59.16 คะแนน เป็น 86.26 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก สะท้อนถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kradao (2024) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้การส่งข้อมูลติดตามสุขภาพไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนการติดตามและการส่งข้อมูลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเขตเมือง ควรประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ในการติดตามดูแลสุขภาพทางไกล เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial (RCT) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการออกแบบการวิจัยและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ เป็นการวัดผลลัพธ์ในระยะสั้น จึงควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการจัดการตนเอง และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต อัตราการกำเริบของโรค รวมทั้ง ใช้เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอดที่มีความแม่นยำมากขึ้น ได้แก่ Spirometry (FEV_1 และ FVC) ร่วมกับค่า PEFR

เอกสารอ้างอิง

Best, J. W. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson/Allyn and Bacon.

Bi, J., Yang, W., Hao, P., Zhao, Y., Wei, D., Sun, Y., Lin, Y., Sun, M., Chen, X., Luo, X., Li, S., Zhang, W., & Wang, X. (2021). WeChat as a platform for Baduanjin intervention in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in China: Retrospective randomized controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(2), 1-13. https://doi.org/10.2196/23548

Boonrueang, J., Suwannano, J., Phonphet, J., Phetsirasan, R., & Thiamwong, L. (2017). Factors predicting severe acute exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Cardiac and Thoracic Nursing, 28*(1), 111-128. (in Thai)

Borg, G. (1998). *Borg's perceived exertion and pain scales.* Human kinetics.

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeider (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Academia Press.

DeVrieze, B. W., Goldin, J., & Giwa, A. O. (2024). *Peak flow rate measurement*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459325/

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2026, February 28). *Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: A guide for health care professionals*. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2026/01/GOLD-Pocket-Guide-2026-v1.1-20Nov2025_WMV2.pdf

Kradao, K. (2024). Effects of a self-management program for pulmonary rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease in community, Selaphum Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, *5*(1), 126-138. (in Thai)

Saengsuk, S., Somabut, S., & Suphannamok, M. (2024). Effectiveness of a self-management program among patients with chronic obstructive pulmonary disease at Kut Chum Hospital. *Yasothon Medical Journal*, *26*(1), 113-126. (in Thai)

Strategy and Planning Division. (2022). *Public health statistics 2021.* Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)

Phimpa, K., Wattanakitkrileart, D., & Phligbua, W. (2023). Effect of information-motivation-physical activity skills program via Line application on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24*(2), 303–307. (in Thai)

Tadsuan, J., Lai, Y. H., Lee, Y. H., & Chen, M. R. (2024). The effectiveness of exercise interventions on psychological distress in patients with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, *20*(3), 910-9261. https://doi.org/10.1007/s11764-024-01696-y

The Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage. (2022). *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease*. (in Thai)

Thiraphatphong, W. (2021). *Cardiopulmonary rehabilitation.* Siriraj Publishing. (in Thai)

Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International, 15*(5), 594–600. https://doi.org/10.1111/ggi.12318

Wanitwetphibun, D. (2018). Common errors in inhaler use. Journal of Tuberculosis. *Chest Diseases and Critical Care Medicine, 37*(2), 52–55. (in Thai)

Winthachai, T. (2017). Effects of a self-management program on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 30*(2), 124-135. (in Thai)

World Health Organization. (2024, November 6). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 61-73

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

Development and Evaluation of the Effectiveness of an Infant Intramuscular Injection Training Manikin

จิรารัตน์ พร้อมมูล[1], ตวงพร มั่งมี[2]*, ชุติมา เพิงใหญ่[2],
ชัญญานุช เครือหลี[2], กฤติกา อินทรณรงค์[2], วรงรอง เนลสัน[3]
Jirarat Prommul[1], Tuangporn Mangmee[2]*, Chutima Perngyai[2],
Chanyanuch Klerlhee[2], Kritika Intaranarong[2], Warongrong Nelson[3]
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tuangporn@bcnsk.ac.th)
(Received: March 28, 2026; Revised: August 18, 2026; Accepted: August 19, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 สังกัดวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 81 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในทารก แบบประเมินทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อนวัตกรรม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า

1. หุ่นฝึกทักษะมีลักษณะภายนอกผลิตจากยางธรรมชาติ เคลือบด้วยสีอะคริลิกเพื่อให้มีความสมจริง และมีโครงสร้างภายในเป็นถุงซิลิโคนสำหรับรองรับของเหลว เชื่อมต่อกับท่อระบายน้ำที่มีตัวควบคุมการเปิด-ปิดได้ เพื่อให้สามารถฉีดยาซึ่งเป็นของเหลวเข้าสู่กล้ามเนื้อได้จริง

2. ภายหลังการฝึกฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อทารกจากหุ่นพบว่า นักศึกษามีทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้ออยู่ในระดับดีทุกคน (M = 95.25, SD = 5.37) และสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญ

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ทางสถิติ (t = 159.63, 95% CI 94.07 – 96.44; p < .001) และมีความพึงพอใจต่อหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกในระดับมากที่สุด (M = 4.72, SD = .37)

หุ่นฝึกทักษะนี้ สามารถนำไปใช้ในด้านวิชาการ การเรียนการสอนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ทั้งในภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ตลอดจนการให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และมีราคาถูก จึงควรได้รับการพัฒนาต่อยอดเชิงพาณิชย์ต่อไป

คำสำคัญ: หุ่นฝึกทักษะ, นักศึกษาพยาบาล, ทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an Infant Intramuscular Injection training manikin. The sample consisted of 81 third-year nursing students from the Southern Network Nursing Colleges, selected by simple random sampling. The research instruments included the developed infant intramuscular injection training manikin an infant intramuscular injection skill assessment form, and an innovation satisfaction questionnaire. The reliability of the skill assessment form and the satisfaction questionnaire was assessed using Cronbach's alpha coefficients of .75 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and a one-sample t-test. The findings were as follows.

1. The exterior of the skill trainer was made of natural rubber coated with acrylic paint to enhance realism. Its internal structure consisted of a silicone reservoir for holding liquid, connected to a drainage tube equipped with an on–off control valve, allowing liquid to be injected into the simulated muscle. The production cost was 350 baht per unit.

2. After practicing infant intramuscular injection on the training manikin, all students (100%) exhibited a proficient level of intramuscular injection skills. Their skill scores were significantly higher than the 60% criterion at the .001 significance level(t = 159.63, 95% CI 94.07 – 96.44; p < .001). Furthermore, the students' satisfaction with the manikin was at the highest level (M = 4.72, SD = .37).

The developed training manikin can be effectively used for teaching and learning in pediatric and adolescent nursing courses, both in laboratory and clinical practice settings. It also enables students to practice independently and build confidence before performing intramuscular injections on actual patients. Owing to its low production cost, the trainer has strong potential for further commercial development.

Keywords: Training manikin, Nursing students, Infant intramuscular injection skills

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง สอดคล้องกับแผนการศึกษาแห่งชาติที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสรรค์นวัตกรรมและการวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศ (Praboromarajchanok Institute, 2023) ภายใต้บริบทดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการทั้งภาคทฤษฎี ทดลอง และการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริง (Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2024) การพัฒนาทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติซ้ำ เพื่อให้เกิดความชำนาญ ถูกต้อง และมั่นใจก่อนนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือความไม่สุขสบายแก่ผู้รับบริการ การใช้หุ่นจำลอง (manikins) ในการเรียนการสอนจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) (Chonlatankampanat et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาทางการพยาบาลในระดับสากลที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Jeffries, 2021)

งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ยืนยันถึงประสิทธิผลของการใช้หุ่นจำลองในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล เช่น หุ่นฝึกการให้สารน้ำ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีระดับความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการสอนแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Nontaput & Chotiban, 2021) หุ่นแขนสำหรับฝึกให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่า คุณลักษณะของหุ่นที่สามารถจำลองการไหลย้อนของเลือด ช่วยเพิ่มความสมจริงและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้เรียน (Cheychom & Rujiwattanakorn, 2015) ร่วมกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation-based learning: SBL) พบว่า มีผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะและความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (Cant & Cooper, 2017) แม้ว่าการใช้หุ่นจำลองจะมีประโยชน์อย่างชัดเจน แต่จากการสำรวจพบว่าหุ่นฝึกทักษะทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในด้านความสมจริงที่ไม่สอดคล้องกับกายวิภาคของทารก และข้อจำกัดด้านจำนวนเนื่องจากราคาสูงและต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงของผู้เรียนลดลง และกระทบต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะปฏิบัติ (Rompipat, 2020)

ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของการฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก เนื่องจากทารกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบางสูง มีโครงสร้างทางกายวิภาคเฉพาะ โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่และชั้นไขมันใต้ผิวหนังที่มีความหนาแตกต่างกันตามช่วงวัย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเลือกขนาดเข็มและตำแหน่งการฉีด (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) การฉีดยา

เข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก (intramuscular injection) เป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความแม่นยำสูง พยาบาลต้องสามารถเลือกตำแหน่งที่เหมาะสม โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าขาด้านข้าง (Vastus lateralis) ซึ่งเป็นบริเวณที่แนะนำที่สุดในทารก เนื่องจากไม่มีเส้นประสาทหรือหลอดเลือดใหญ่ และต้องกำหนดมุมในการแทงเข็มที่ 90 องศา เพื่อให้ยาสามารถเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้านการรักษาและจริยธรรมวิชาชีพในการจัดการความเจ็บปวด (The Nursing Council of Thailand, 2020; World Health Organization, 2021)

ในประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาหุ่นฝึกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อทารกแรกเกิดด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ครั้งแรกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Tantacharoenrat & Precharattana, 2023) ซึ่งเป็นแบบหุ่นที่มีขนาดเท่ากับทารกจริงและใช้วัสดุตรงบริเวณที่ฝึกฉีดยาทำด้วยซิลิโคนร่วมกับการต่อวงจรอิเล็กทรอนิกส์ แต่มีข้อจำกัดคือราคาสูงและอาจไม่จำเป็นสำหรับในกรณีที่ต้องการเฉพาะการฝึกสัมผัสและมุมการแทงเข็มฉีดยาเฉพาะส่วนขาทารก จึงมีการปรับมาใช้รูปแบบที่ไม่มีระบบไฟฟ้าซึ่งมีราคาประหยัดกว่า (ประมาณ 2,000 ถึง 8,000 บาท) และอาศัยการประเมินโดยอาจารย์ผู้สอนแทน ร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาในปัจจุบัน เน้นการใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อมนุษย์และสามารถผลิตได้ในประเทศเพื่อลดต้นทุน เช่น การใช้ยางธรรมชาติที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับแต่งให้เหมาะสมกับการใช้งานได้ (Saengwiman et al., 2024)

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกจากน้ำยางธรรมชาติ โดยมุ่งเน้นความสมจริง ต้นทุนเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของสถาบันการศึกษา ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการปฏิบัติงานจริง การพัฒนาหุ่นฝึกทักษะที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ เสริมสร้างความมั่นใจ และยกระดับสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว การศึกษานี้ จะช่วยสะท้อนถึงคุณภาพและความเหมาะสมของหุ่นฝึกทักษะ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และมีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกต่อทักษะการฉีดยาและความพึงพอใจในการใช้หุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ใช้แนวคิดการพัฒนานวัตกรรมของ Borg and Gall (1979) จำแนกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การสร้างและพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ระยะที่ 2 สร้างต้นแบบหุ่น โดยยึดกายวิภาคศาสตร์ของทารก

ทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก และการลดต้นทุน และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก โดยนำหุ่นไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก และความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ศึกษาระหว่าง กันยายน 2568 - มีนาคม 2569 รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การสร้างและพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

เป็นการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะโดยใช้หุ่นจำลอง หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อทารก

ระยะที่ 2 การสร้างต้นแบบหุ่น

2.1 โดยใช้หุ่นต้นแบบตามภาพ 1 เพื่อสร้างแม่พิมพ์เบ้าหุ่นด้วยปูนพลาสเตอร์และสร้างหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกด้วยน้ำยางพาราธรรมชาติ



ภาพ 1 หุ่นต้นแบบ

2.2 การตรวจสอบคุณภาพหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์ด้านทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน อาจารย์มีประสบการณ์การทำหุ่นด้วยน้ำยางธรรมชาติ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานการให้บริการในหอผู้ป่วยทารกจำนวน 1 คน นำผลการตรวจสอบคุณภาพ โดยได้ค่าดัชนีเท่ากับ .67 – 1.00 และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 5 คนและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดเฉพาะหลังการทดลอง ศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2568 - มีนาคม 2569 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 ที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 5 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎ์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 ที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) ใช้ Test family เลือก Mean: Difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ.80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 27 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในปีการศึกษา 2568 แบบเต็มเวลา 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และ 3) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยโรคติดต่อร้ายแรง และมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (exclusion criteria) คือ 1) ขอถอนรายวิชา 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบขั้นตอน ดังนี้ ขั้นแรก ทำการสุ่มเลือกวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 3 วิทยาลัย โดยวิธีการจับฉลากอย่างง่าย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และขั้นที่ 2 สุ่มเลือกนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากบัญชีรายชื่อนักศึกษาวิทยาลัยละ 27 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 81 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ผลิตจากน้ำยางพาราโดยมีกายวิภาคศาสตร์ขนาดและรูปร่างขาเสมือนทารกจริง ภายในมีถุงทรงกลมครึ่งวงกลมภายในกลวงเพื่อรองรับน้ำ (เสมือนยาน้ำสำหรับฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ) ทำด้วยซิลิโคน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร และต่อกับท่อสายยางเพื่อการระบายน้ำออก และปลายท่อระบายน้ำมีตัวล็อกปิด-เปิด (ภาพ 2)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานศึกษา และประสบการณ์ในการฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก จำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมอุปกรณ์การฉีดยา จำนวน 5 ข้อ ขั้นการปฏิบัติ จำนวน 18 ข้อ และขั้นการเก็บอุปกรณ์และการลงบันทึก จำนวน 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) คิดคะแนนรวมระหว่าง 0 - 25 คะแนน และปรับคะแนนเทียบเป็นร้อยละ ซึ่งนักศึกษาต้องได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป (15 คะแนนขึ้นไป) ถือว่าผ่านเกณฑ์ และจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

> ร้อยละ 80 (> 20 คะแนน) หมายถึง ระดับดี

ระหว่างร้อยละ 60 - 80 (15 – 20 คะแนน) หมายถึง ระดับปานกลาง

< ร้อยละ 60 (< 15 คะแนน) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้านๆ ละ 10 ข้อ ได้แก่ การออกแบบโครงสร้างของหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ความมั่นใจในตนเองต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก และการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด ตามลำดับจนถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 1.00 - 1.49 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
ระหว่าง 1.50 -2.49 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
ระหว่าง 2.50 -3.49 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 3.50 - 4.49 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่าง 4.50 - 5.00 คะแนน	หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินประสิทธิผลหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์ด้านทารกแรกเกิดจำนวน 1 คน อาจารย์มีประสบการณ์การทำหุ่นด้วยน้ำยางพารา จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานการให้บริการในหอผู้ป่วยทารกจำนวน 1 คน มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .67 – 1.00 และนำแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกไปทดลองใช้กับนักศึกษาซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 30 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s alpha coefficient) เท่ากับ .87 ส่วนแบบประเมินทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก มีค่าดัชนีความสอดคล้องหรือความตรงกันของการตัดสินใจ ระหว่างผู้ประเมิน (Cohen’s Kappa) เท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยม ทั้งนี้ ในระยะเก็บข้อมูลจริง ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน จะแยกกันประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ปรึกษากัน จากนั้น นำคะแนนจากผู้ประเมินทั้งสองหาค่าเฉลี่ย (mean score) เพื่อใช้เป็นคะแนนผลลัพธ์ทักษะปฏิบัติสุทธิในการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยถึงวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ติดต่อและประสานอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อประสานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ ในการเก็บข้อมูลวิจัยต่อไป และการปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการฉีดเข้ากล้ามเนื้อทารก ทำการชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดของฝึกปฏิบัติการฉีดยาเข้าชั้น

กล้ามเนื้อในเด็กเพื่อสร้างมาตรฐานร่วมกัน และเกณฑ์ประเมินทักษะอย่างละเอียด จากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability)

ขั้นทดลอง ดำเนินการการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อกับหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกครั้งละ 1 คน ตามขั้นตอนการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในทารก โดยมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย 2 คน เป็นผู้ประเมินแบบสอบถามประเมินทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นหลังทดลอง หลังจากฝึกทักษะการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในทารกเสร็จ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก โดยใช้เวลา10 นาที ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้คืนมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. วิเคราะห์คะแนนทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก โดยเอาค่าคะแนนผลการประเมินทักษะของผู้ประเมินทั้ง 2 คนมาหาค่าเฉลี่ยก่อน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และทดสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่า p-value > .05

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในทารกกับเกณฑ์การวัดและประเมิลผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในรายวิชาทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา (Boromarajonani College of Nursing Songkhla, 2021) ซึ่งต้องมากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป โดยใช้สถิติ One – sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัส SCPHYLIRB – 2568/490 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2568 ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยของโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียน ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากงานวิจัยสิ้นสุดและการนำเสนอข้อมูลในรายงานวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ มีขนาดและรูปร่างเสมือนทารกจริง ภายในมีถุงกลวงครึ่งวงกลมเพื่อรองรับน้ำ (น้ำที่ใช้แทนยาฉีด) (ภาพ 2) ทำด้วยซิลิโคน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตรต่อด้วยท่อเพื่อการระบายน้ำออกหลังจากฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเสร็จ ซึ่งปลายท่อมีตัวล็อกปิด-เปิดเพื่อระบายน้ำ (ภาพ 3)



ภาพ 2 ภายในมีถุงครึ่งวงกลมเพื่อรองรับน้ำใช้แทนยาฉีด



ภาพ 3 หุ่นขาสำหรับฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ด้านหน้า และด้านข้าง

2. ประสิทธิผลของหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก

2.1 ข้อมูลทั่วไป นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี ร้อยละ 85.20 รองลงมาคือ อายุ 20 ปี ร้อยละ 12.30 และอายุน้อยที่สุด 19 ปี คิดเป็น ร้อยละ 1.20 เคยมีประสบการณ์ในการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ร้อยละ 71.60 และไม่เคยมีประสบการณ์ คิดเป็น ร้อยละ 28.40

2.2 ทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยร้อยละของทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกอยู่ในระดับดี (M = 95.25, SD = 5.37) ทุกคน ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกกับเกณฑ์ร้อยละ 60 พบว่า สูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 159.63, 95% CI 94.07 – 96.44; p < .001)

2.3 ความพึงพึงใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกพบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.72, SD = .37) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านการออกแบบโครงสร้างของหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก (M = 4.70, SD = .36) รองลงมาคือ ด้านความมั่นใจในตนเองต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก (M = 4.69, SD = .42) และด้านความพึงพอใจหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก (M = 4.78, SD = .48) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก (n = 81)

ด้าน	*M*	*SD*	ระดับ
การออกแบบโครงสร้างของหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก	4.70	.36	มากที่สุด
ความมั่นใจในตนเองต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก	4.69	.42	มากที่สุด
ความพึงพอใจหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก	4.78	.48	มากที่สุด
โดยรวม	**4.72**	**.37**	**มากที่สุด**

การอภิปรายผล

1. นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 อาจเนื่องจากหุ่นจำลองมีความสมจริงสูง (realistic simulation) โดยภายนอกทำจากยางธรรมชาติที่มีความยืดหยุ่นคล้ายผิวเด็ก และภายในมีถุงซิลิโคนพร้อมระบบระบายของเหลวที่ไม่รั่วซึม ซึ่งช่วยแก้ไขข้อจำกัดของหุ่นฟองน้ำแบบเดิม จึงช่วยให้ฝึกปฏิบัติมีความสมบูรณ์มากขึ้น ตั้งแต่การระบุตำแหน่งมัดกล้ามเนื้อ Vastus lateralis และการฉีดยา ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้สู่การปฏิบัติจริง สอดคล้องแนวคิดการเรียนรู้ของ Jeffries (2021) ซึ่งระบุว่าความสมจริงของหุ่น (fidelity) เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลการเรียนรู้ การใช้วัสดุยืดหยุ่นเลียนแบบแรงต้านผิวหนังและนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะทารกได้รับการประเมินคุณภาพและการนำไปใช้จริง (Rompipat, 2020; Anurak et al., 2023) จึงส่งผลให้เพิ่มทักษะคลินิกและความมั่นใจ (Cant & Cooper, 2017)

2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.78, *SD* = 0.48) เนื่องจากเลือกใช้วัสดุยางพาราจากธรรมชาติ ซึ่งมีต้นทุนการผลิตชิ้นละ 350 บาท ทำให้สามารถจัดหาหุ่นได้เพียงพอต่อจำนวนผู้เรียน ซึ่งแตกต่างจากการใช้หุ่นนำเข้าที่มีราคาสูงและมีจำนวนชิ้นจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengwiman et al. (2024) ที่ระบุว่าวัสดุยางธรรมชาติมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นหุ่นจำลองทางการแพทย์ เนื่องจากมีคุณสมบัติด้านความยืดหยุ่นและความคงทน จึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ทั้งในด้านความสะดวกในการใช้งาน ความคุ้มค่า และความสามารถในการฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่จำกัด จึงช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เพิ่มความมั่นใจและพึงพอใจต่อการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Nontaput & Chotiban, 2021) ดังงานวิจัยที่นำมาใช้ในการผลิตหุ่นแขนสำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Cheychom & Rujiwattanakorn, 2015) และหุ่นฝึกกดหน้าอก (Henkaew et al., 2018)

นอกจากนี้ มีการออกแบบโครงสร้างภายในของหุ่นที่มีถุงซิลิโคนและระบบท่อระบายพร้อมตัวล็อก เปิด-ปิดได้ ส่งผลให้สามารถจำลองสถานการณ์การฉีดยาและการกระจายของยาในชั้นกล้ามเนื้อได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึง สามารถตรวจสอบผลลัพธ์ของการฉีดได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติและการสะท้อนผลการเรียนรู้ (Kolb, 1984) สอดคล้องกับงานวิจัยหุ่นนวัตกรรมทารกและแผ่นฝึกฉีดยาอื่นที่ส่งผลให้มี

ความพึงพอใจของผู้เรียนอยู่ในระดับมากที่สุดถึงดีเยี่ยม (Anurak et al., 2023; Laoprachawit et al., 2025; Prommul et al., 2025) แม้ว่าผลการวิจัยจะชี้ให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวก แต่ควรพิจารณาประเด็นเพิ่มเติม เช่น การทดสอบความคงทนและความยืดหยุ่นของวัสดุในระยะยาว การเปรียบเทียบกับหุ่นมาตรฐาน และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ทางคลินิกเพิ่มเติม นอกจากประเด็นในด้านต้นทุนและความคุ้มค่า (cost-effectiveness) แล้ว ควรพิจารณาในประเด็นของการบำรุงรักษาและอะไหล่ ในกรณีหุ่นนำเข้า หากผิวฉีกขาดหรือท่ออุดตัน ต้องสั่งอะไหล่เฉพาะจากต่างประเทศ ซึ่งมีราคาสูงและรอนาน ในขณะที่หุ่นจำลองนี้ สามารถซ่อมแซม ซักล้าง หรือเปลี่ยนชิ้นส่วนถุงซิลิโคนภายในได้ง่ายด้วยตนเอง รวมทั้ง สามารถยกระดับคุณภาพการเรียนการสอน และความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเด็กในการปฏิบัติงานจริง รวมทั้ง การพัฒนาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในทารกที่แตกต่างกัน อาจจะส่งผลต่อการทักษะการฉีดเข้ากล้ามเนื้อในทารกกับหุ่น รวมทั้ง ยังไม่ได้ทำการทดสอบคุณภาพในด้านความคงทน และความยืดหยุ่นของหุ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก ไปใช้ฝึก/ ทบทวนทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก สำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลจบใหม่ประจำหอผู้ป่วยทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาหุ่นทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารกโดยเพิ่มความสมบูรณ์ของลักษณะผิวสัมผัสและสีผิวเสมือนจริงยิ่งขึ้น มีการทดสอบความคงทนและความยืดหยุ่นของวัสดุ รวมทั้ง ควรมีการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้หุ่นเดิม และกลุ่มที่ใช้หุ่นที่พัฒนาหุ่นฝึกทักษะการฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อในทารก โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของสถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ทุนอุดหนุนโครงการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และที่ปรึกษาวิจัย ทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย

รายการอ้างอิง

Anurak, C., Prommul, J., Fuengthin, A., Jitjum, C., Nancha, S., & Maming, H. (2023). Research and innovation in nursing: An infant heel venipuncture-training manikin. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 11*(3), e270579. (in Thai)

Borg, W. R., & Gall, M. (1979). *Educational research: An introduction* (3rd ed.). Longman.

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (2024). *Report on teaching and learning management outcomes.* Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2014). Simulation in the internet age: The place of web-based simulation in nursing education. An integrative review. *Nurse Education Today*, *34*(12), 1435-1442. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.014

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Vaccine administration: Needle gauge and length*. https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/administration.html

Chaiyasung, P., Machompoo, N., Sakulkhaemaruethai, C., Sridet, R., & Nanudorn, A. (2022). Development of an innovative model from natural rubber for practicing suture skills. *Journal of Health Science Research*, *16*(3), 13–25. (in Thai)

Cheychom, S., & Rujiwattanakorn, D. (2015). Using innovative arm puppets in practicing intravenous fluid administration. The veins of nursing students. *Ramathibodi Nursing News, 21*(3), 395-407. (in Thai)

Chonlatankampanat, W., Suwannarat, K., & Pornngam, K. (2020). The development of a part-changed newborn model innovation to promote self-confidence and nursing practice skills among nursing students. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, *34*(1), 1-16. (in Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39,* 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Henkaew, S., Thongsawat, S., & Yotkat, W. (2018). Development of the “Dee Tor Jai” prototype manikin for chest compression training among nursing students. *Journal of Nursing Science & Health*, *41*(2), 1–12. (in Thai)

Jeffries, P. (2021). *The NLN Jeffries simulation theory*. Lippincott Williams & Wilkins.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

Laoprachawit, K., Prommoon, J., Isaro, J., Chuakliang, J., Chitbanjong, C., & Phokhwan, C. (2025). Developed an innovative insert to simulate intramuscular. *Princess of Naradhiwas University Journal, 17*(2), 1-19. (in Thai)

Nontaput, T., & Chotiban, P. (2021). Intravenous venipuncture: New development in training on arm manikin. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(3), 49-60. (in Thai)

Praboromarajchanok Institute. (2023). *Strategic plan for the development of Praboromarajchanok Institute 2023 – 2027.* Office of Strategy and International Affairs, Ministry of Public Health. (in Thai)

Prommul, J., Intaranaron, K., Perngyai, C., Klerlhee, T., & Mangmee, T. (2025). The effects of an innovative infant oral feeding tube insertion manikin on the nursing students' skills. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 12*(3), e277075. (in Thai)

Rompipat, S. (2020). Developing a model for intradermal injection and its effect upon performance skills and satisfaction levels of third-year nursing students. *Thai Science and Technology Journal, 29*(4), 688–700. (in Thai)

Saengwiman, S., Chooduang, S., & Taksapattanakul, K. (2024). A self-repairing natural rubber as a novel material pad to develop an electro-surgical training prototype. *Proceedings of Engineering and Technology Innovation*, *27*, 97–109. https://doi.org/10.46604/peti.2024.13509

Tantacharoenrat, C., & Precharattana, M. (2023). An electronic-based simulator for intramuscular injection in newborns. *International Journal of Nursing Education*, *15*(2), 1-6. https://doi.org/10.37506/ijone.v15i2.19243

The Nursing Council of Thailand. (2020). *Nursing practice guidelines: Intramuscular drug administration*. The Nursing Council of Thailand.

World Health Organization. (2021). *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/44298

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 74-89

บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล

Effectiveness of a Behavior Change Program for Toothbrush Replacement among Working-age Adults Based on the PBRI Model

ชัญญานุช อินใจยา[1], ชุตินภา อัศวตระกูลกิจ[2], ปาริชาติ เชียงทา[3], ยุทธนา แยบคาย[4]*, วิชัย เทียนถาวร[5], ส่งศักดิ์ สุขสันต์[4]

Chanyanut Injaiya[1], Chutinapa Assawatrakulkij[2], Parichat Chiangta[3], Yutthana Yaebkai[4]*, Vichai Tienthavorn[5], Songsak Suksan[4]

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th)

(Received: May 12, 2026; Revised: September 26, 2026; Accepted: September 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยทำงาน อายุ 20 - 59 ปี จำนวน 90 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน ดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันมีค่าคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .73 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

[1] นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
Public Health Technical Officer (Dental Public Health), Phaya Mengrai Hospital, Chiang Rai Province

[2] นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหม้อ จังหวัดเพชรบุรี
Public Health Technical Officer (Dental Public Health), Ban Mo Sub-district Health Promoting Hospital, Phetchaburi Province

[3] นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
Public Health Technical Officer (Dental Public Health), Mae Lao Hospital, Chiang Rai Province

[4] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Instructor, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[5] ศาสตราจารย์พิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก
Professor, Praboromarajchanok Institute

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 22.34, p < .001, d = 3.33; t = 8.81, p < .001, d = 1.31 ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 41.88, p < .001, d = 8.83; t = 8.45, p < .001, d = 1.78 ตามลำดับ)

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล สามารถสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของประชาชนได้ จึงควรนำไปขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้นและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: วัยทำงาน, พฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน, สุขภาพช่องปาก

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effectiveness of a behavior change program for toothbrush replacement among working-age adults based on the PBRI Model. The sample consisted of 90 working-age adults aged 20–59 years. Participants were randomly allocated using a computer-generated simple randomization procedure to an experimental group (n = 45) and a control group (n = 45). The experimental group participated in the behavior change program for 4 weeks, whereas the control group continued their usual daily routines. The research instruments included: (1) a behavior change program, (2) a seven-color toothbrush replacement reminder measure based on the Life Traffic Light Ping-Pong approach, and (3) a self-efficacy questionnaire demonstrated good internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of .92. The toothbrush replacement behavior checklist demonstrated acceptable reliability, with a Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) coefficient of .73. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores for self-efficacy and toothbrush replacement behavior after the intervention than before the intervention (t = 22.34, p < .001, d = 3.33; t = 8.81, p < .001, d = 1.31, respectively). The experimental group also had significantly higher scores than the control group (t = 41.88, p < .001, d = 8.83; t = 8.45, p < .001, d = 1.78, respectively).

The behavior change program for toothbrush replacement among working-age adults based on the PBRI Model was effective in enhancing self-efficacy and promoting appropriate toothbrush replacement behavior. The program could therefore be extended to other target populations and adapted for implementation in diverse settings.

Keywords: Working-age adults, Toothbrush replacement behavior, Oral health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยมีบทบาทต่อการบดเคี้ยวอาหาร การออกเสียง การสื่อสาร บุคลิกภาพ ความมั่นใจในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคในช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดของประชากรโลก โดยส่งผลกระทบต่อประชาชนเกือบ 3.7 พันล้านคน ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน และโรคของเยื่อบุช่องปาก ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ผ่านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทยยังคงพบปัญหาทันตสุขภาพในประชาชนวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง พบประชากรวัยทำงานในกลุ่มอายุ 35–44 ปี มีภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 81.00 โรคปริทันต์อักเสบที่มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 32.60 และยังพบความชุกของโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.90 แม้ว่าประชาชนวัยทำงานจะมีพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 80.10 แต่มีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 67.20 และมีการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก เช่น ไหมขัดฟันและแปรงซอกฟันค่อนข้างต่ำ (Bureau of Dental Health, 2024) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน อาจยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์และการป้องกันโรคในช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลและการเปลี่ยนแปรงสีฟัน ซึ่งเป็นอุปกรณ์พื้นฐานสำคัญในการทำความสะอาดช่องปาก ทั้งนี้ การดูแลสุขอนามัยของแปรงสีฟันและการเปลี่ยนแปรงสีฟันตามระยะเวลาที่แนะนำ มีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพช่องปาก เนื่องจากแปรงสีฟันที่มีการใช้งานเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดการเสื่อมสภาพของขนแปรง มีการสะสมของจุลชีพ ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์และการดูแลสุขภาพช่องปากได้ (Kaneyasu et al., 2024)

สหพันธ์ทันตแพทย์โลก ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาและการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างเหมาะสม แปรงสีฟันที่มีขนแปรงบาน เสื่อมสภาพ หรือมีการปนเปื้อนจุลชีพอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ลดลง เพิ่มการสะสมของเชื้อโรคและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก จึงแนะนำให้เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3 เดือนหรือเมื่อขนแปรงเริ่มเสื่อมสภาพ เพื่อคงประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่องปากและลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (FDI World Dental Federation, 2024) ซึ่งขนแปรงสีฟันสามารถเกิดการสึกและการแผ่บานจากการใช้งานเป็นประจำ รวมทั้ง ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ วิธีการแปรงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน ระยะเวลาการใช้งาน ชนิดและปริมาณยาสีฟัน ตลอดจนแรงกดขณะแปรงฟัน (Choi et al., 2017) ทั้งนี้ การประเมินระดับการสึกของขนแปรงสามารถใช้ดัชนีการสึก (wear index: WI) และอัตราการสึก (wear rate: WR) เป็นเครื่องมือในการประเมินสภาพการเสื่อมของขนแปรง ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเปลี่ยนแปรงสีฟันได้ (Choi et al., 2017;

Kaneyasu et al., 2024) ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถประเมินสภาพแปรงสีฟันและตัดสินใจเปลี่ยนแปรงสีฟันได้อย่างเหมาะสมจึงถือเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Glanz et al. (2015) อธิบายว่า การเกิดและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจำเป็น ต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสิ่งกระตุ้นทางสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้บุคคลเกิดการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งอธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้ผ่านการได้รับประสบการณ์แห่งความสำเร็จ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการกระตุ้นทางอารมณ์ จึงมีการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพบว่า สามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตลอดจนลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากในกลุ่มวัยทำงานได้ (Chanthasen & Tassana-iem, 2025) อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันในวัยทำงานและการใช้มาตรการช่วยประเมินการเสื่อมสภาพของขนแปรงเพื่อประกอบการตัดสินใจเปลี่ยนแปรงยังมีจำกัด

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เป็นสถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน โดยมีแนวคิด สบช.โมเดล ที่มุ่งเน้นการบูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิสู่งานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนด้วยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานบนพื้นฐานการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการใช้ภูมิปัญญาของชุมชน การบูรณาการศาสตร์หลายแขนง การสร้างภาคีเครือข่าย และการมีส่วนรวมของชุมชนเพื่อสุขภาวะชุมชน (Tienthavorn, 2023) ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาพัฒนาเป็นมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟัน เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินสภาพขนแปรงและใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเปลี่ยนแปรงสีฟัน และเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของประชาชนวัยทำงาน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน

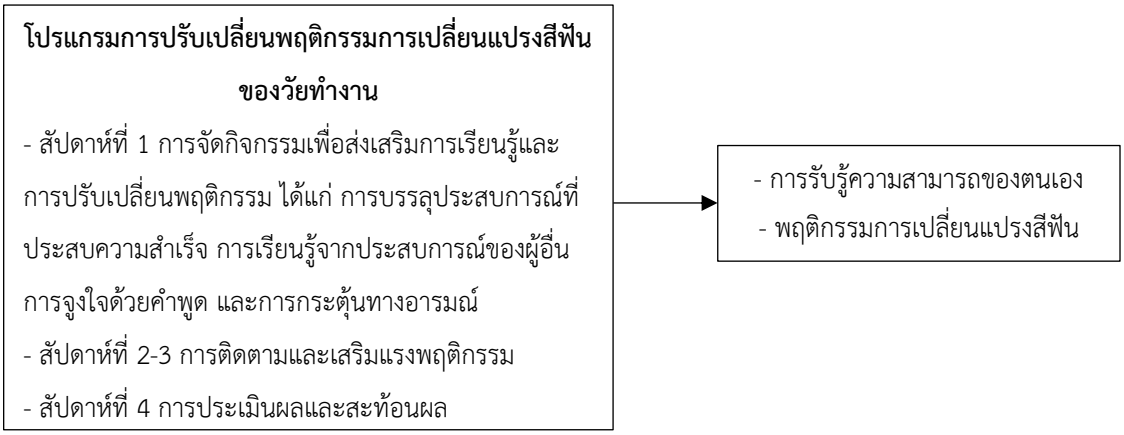
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของประชาชนวัยทำงานกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันและกลุ่มควบคุมที่ดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ประชาชนวัยทำงานกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช. โมเดลนี้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการบรรลุประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การจูงใจด้วยคำพูด (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ร่วมกับการใช้มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (Tienthavorn, 2023) เพื่อกระตุ้นให้วัยทำงานเกิดความตระหนักรู้สามารถประเมินสภาพการสึก การแผ่บานของขนแปรงสีฟันด้วยตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงาน บ้านเขาสมอแคลง หมู่ที่ 8 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านการบริการวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในปี 2567 จำนวน 1,042 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี หมู่ที่ 8 บ้านเขาสมอแคลง ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของ Wongsawat (2018) ดังนี้

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 24.91 ได้มาจากค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Srisang et al., 2022)

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 26.00 ได้มาจากค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Srisang et al., 2022)

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.54 ได้มาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Srisang et al., 2022)

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.65 ได้มาจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Srisang et al., 2022)

z = ค่าคะแนนมาตรฐาน

α = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง (Type 1 error) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 เท่ากับ 1.96

β = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง (Type 2 error) กำหนด β = 0.2; Power (1- β) = 0.80, Z = 0.84

r = ค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และการขาดหายไปจากโครงการ จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.00 (Kaewkungwal, 2018) รวมทั้งสิ้น 90 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสาร อ่าน และตอบแบบสอบถามได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ หรือให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน

คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามจำนวนที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) และแนวคิด สบช.โมเดล (Tienthavorn, 2023) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

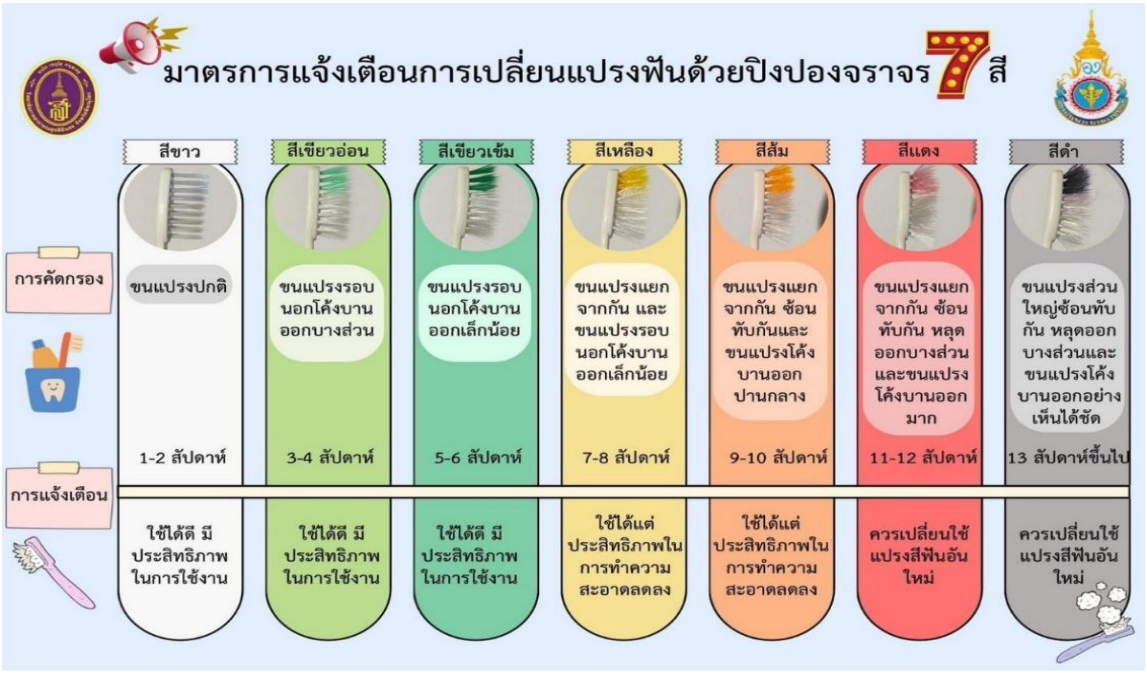
ส่วนที่ 1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมถูกออกแบบให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละด้านเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ 1) การบรรลุประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การจูงใจด้วยคำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์

สัปดาห์ที่ 2-3 การติดตามและเสริมแรงพฤติกรรม ผู้วิจัยติดตามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเสริมแรงทางบวก พร้อมทั้งใช้มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผล ผู้วิจัยประเมินผลและสะท้อนผลคืนข้อมูลผลการวิจัยเบื้องต้นให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เป็นแนวทางในการประเมินสภาพการเสื่อมสภาพของแปรงสีฟันและเกณฑ์การใช้งานตามระดับการเสื่อมสภาพของขนแปรง โดยจำแนกระดับของขนแปรงตามระยะเวลาการใช้งานตั้งแต่เริ่มใช้งาน จนถึง 13 สัปดาห์ขึ้นไป ตามคำแนะนำของ American Dental Association (2024) ที่เสนอแนะให้เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3–4 เดือน หรือเมื่อขนแปรงเกิดการสึกหรือแผ่บาน ร่วมกับการพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของขนแปรง ได้แก่ การขัดถู การบานหรือการสึก การโก่งงอ การแยกตัว และการหลุดร่วง ซึ่งใช้ในการประเมินและตัดสินใจเปลี่ยนแปรงสีฟันตามเกณฑ์ที่กำหนด (Choi et al., 2017; Kaneyasu et al., 2024) แบ่งระดับการเสื่อมสภาพของขนแปรงสีฟันออกเป็น 7 ระดับ ดังภาพ 2



ภาพ 2 มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนวัยทำงาน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน โดยมีลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ การบรรลุประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การจูงใจด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การเลือกใช้แปรงสีฟันที่เหมาะสม การดูแลรักษา การเก็บรักษาแปรงสีฟัน การใช้แปรงสีฟันในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการเปลี่ยนแปรงสีฟัน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นด้านทันตกรรม จำนวน 2 คน และด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของสำนวนภาษา พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนวัยทำงานอายุ 20–59 ปี ของบ้านโรงบ่ม หมู่ที่ 11 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความ

เชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ .92 และคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 สำหรับแบบวัดพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน เท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงผู้ใหญ่บ้านบ้านเขาสมอแคลง หมู่ที่ 8 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้าน

1.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล และแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล พร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยชี้แจงบทบาทและแนวทางการเข้าร่วมการวิจัยของแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมและได้รับมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวันตามปกติ ตลอดระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์

2. ขั้นทดลอง ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนพฤษภาคม 2567 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวันของตนเองตามปกติ โดยไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ตลอดระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่

2.1.1 การบรรลุประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องด้วยวิธีแปรงฟันแบบขยับ-ปัด (modified bass technique) โดยใช้โมเดลฟันประกอบการสาธิต จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างย้อมฟันด้วยสารอีริโทรซีน (erythrosine) เพื่อตรวจคราบจุลินทรีย์ และฝึกปฏิบัติการแปรงฟันตามขั้นตอนที่ได้รับการสาธิต พร้อมทั้งให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการแปรงฟันและการเปลี่ยนแปรงสีฟันได้อย่างถูกต้อง

2.1.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ผู้วิจัยนำเสนอบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม พร้อมอธิบายแนวทางการปฏิบัติตน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากผู้อื่นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเปลี่ยนแปรงสีฟันของตนเอง

2.1.3 การจูงใจด้วยคำพูด ผู้วิจัยให้คำแนะนำ กระตุ้น และเสริมแรงทางบวกในการแปรงฟันและการเปลี่ยนแปรงสีฟัน โดยใช้มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เป็นเครื่องมือในการเตือนและติดตามพฤติกรรม พร้อมทั้งให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธีและการไม่เปลี่ยนแปรงสีฟัน พร้อมจัดกลุ่มสถานการณ์ตามระดับความเสี่ยงโดยใช้แนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายและสะท้อนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นควบคู่กับการเสนอแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดความกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเปลี่ยนแปรงสีฟันอย่างเหมาะสม

2.2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 การติดตามและเสริมแรงพฤติกรรม ผู้วิจัยติดตามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเสริมแรงทางบวก พร้อมทั้งใช้สื่อมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมเกิดความต่อเนื่อง

2.3 สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลหลังการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามภายหลังการจัดกิจกรรม จากนั้นคืนข้อมูลผลการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อสะท้อนผลการเรียนรู้และเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก

3. ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ในเดือนกรกฎาคม 2567 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลจากนั้นดำเนินการลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher’s exact test และ independent samples t-test ทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk test พบว่า $p > .050$

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent samples t-test และภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL No. 5/2567.2.6 ลงวันที่ 24 เมษายน 2567 ผู้วิจัยลงพื้นที่วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยอิสระ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยตัวตนโดยไม่ได้รับอนุญาต และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชนวัยทำงาน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.22 มีอายุเฉลี่ย 42.09 ปี (*SD* = 11.15) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 44.44 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.56 และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,755.56 บาท (*SD* = 10,499.25) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.44 มีอายุเฉลี่ย 40.04 ปี (*SD* = 13.24) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.44 และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 24.44 และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,426.67 บาท (*SD* = 8,999.68) ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนวัยทำงาน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 90)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 45)		กลุ่มควบคุม (n = 45)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	17	37.78	16	35.56	.048[a]	.827
หญิง	28	62.22	29	64.44		
อายุ (ปี)	*M* = 42.09, *SD* = 11.15		*M* = 40.04, *SD* = 13.24		.792[b]	.430
สถานภาพ						
โสด	13	28.89	8	17.78	2.886[c]	.417
สมรส	30	66.67	36	80.00		
หย่า/แยกกันอยู่	1	2.22	1	2.22		
หม้าย/ร้าง	1	2.22	0	.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	20.00	10	22.22	5.404[a]	.144
มัธยมศึกษา/ ปวช.	12	26.67	18	40.00		
อนุปริญญา/ ปวส.	4	8.89	7	15.56		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20	44.44	10	22.22		

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 45)		กลุ่มควบคุม (n = 45)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	0	.00	5	11.11	9.116[c]	.147
รับจ้าง	16	35.56	11	24.44		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	12	26.67	11	24.44		
พนักงานบริษัท/พนักเอกชน	6	13.33	2	4.44		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	8.89	5	11.11		
ว่างงาน/งานบ้าน	6	13.33	10	22.22		
นักเรียน/นักศึกษา	1	2.22	1	2.22		
รายได้ต่อเดือน (บาท)	*M* = 12755.56, *SD* = 10499.25		*M* = 10426.67, *SD* = 8999.68		1.130[b]	.262

a = Chi-square test, b = independent t-test, c = Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 45)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	95%CI		*t*	*d*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		Lower	Upper			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.25	.38	4.52	.17	-1.27	-1.39	-1.16	-22.34	3.33	<.001
พฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน	.74	.14	.94	.06	-.20	-.25	-.15	-8.81	1.31	<.001

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวันของตนเองตามปกติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 45)		กลุ่มควบคุม (n = 45)		Mean difference	95%CI		*d*	*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		Lower	Upper			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.52	.17	3.31	.10	1.22	1.16	1.27	8.83	41.88	<.001
พฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟัน	.94	.06	.71	.17	.22	.17	.28	1.78	8.45	<.001

อภิปรายผล

ประชาชนวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานได้ ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งอธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มในการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้ผ่านการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้ผ่านบุคคลต้นแบบ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1997) ทั้งนี้ กิจกรรมภายในโปรแกรมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันด้วยวิธีแปรงฟันแบบขยับ-ปัด การตรวจคราบจุลินทรีย์ด้วยสารอีริโทรซีน การเรียนรู้ผ่านบุคคลต้นแบบ การได้รับคำแนะนำและการเสริมแรงทางบวก ตลอดจนการกระตุ้นให้ตระหนักถึงผลกระทบของการแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธีและการไม่เปลี่ยนแปรงสีฟัน และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ การใช้มาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสังเกตระดับความเสื่อมสภาพของแปรงสีฟันได้อย่างเป็นรูปธรรมทำให้เกิดการรับรู้และประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นสิ่งกระตุ้นเตือนที่ช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเปลี่ยนแปรงสีฟันตามระยะเวลาที่แนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่อธิบายว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรอาศัยทั้งการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และสิ่งกระตุ้นที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางสุขภาพของบุคคล (Glanz et al., 2015) การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง และสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง จึงอาจช่วยสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากและการเปลี่ยนแปรงสีฟันตามระยะเวลาที่แนะนำมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Sao-ngam and Wattanaburanon (2023) พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติจริง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการติดตามพฤติกรรม ในทำนองเดียวกัน ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nammontri et al. (2021) ที่พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีสภาวะเหงือกดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแข็งแรงของช่องปากไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisang et al. (2022) ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม การวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมามุ่งเน้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม เช่น การแปรงฟันหรือการใช้ไหมขัดฟันมากกว่าพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันโดยเฉพาะ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงานได้ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การศึกษาในพื้นที่เพียงแห่งเดียวอาจส่งผลต่อการอ้างอิงผลไปยังบริบทพื้นที่อื่น และระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้นจึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนความคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินตนเองอาจมีโอกาสเกิดลำเอียงจากการตอบตามการรับรู้หรือความคาดหวังทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้ สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับชุมชน มีลักษณะเป็นสื่อที่เข้าใจง่าย สังเกตและประเมินได้ด้วยตนเอง และเหมาะสมกับบริบทของวัยทำงาน ซึ่งอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ร่วมกับมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน โดยควรพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

2. หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานในพื้นที่ สามารถนำแนวทางการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน ไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการส่งเสริมการเปลี่ยนแปรงสีฟันตามระยะเวลาที่แนะนำ เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมร่วมกับมาตรการแจ้งเตือนการเปลี่ยนแปรงสีฟันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันและระดับความเสื่อมสภาพของแปรงสีฟันภายหลังการทดลอง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพอื่นร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเปลี่ยนแปรงสีฟันของวัยทำงาน รวมทั้ง ศึกษาการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรหรือบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้ในแต่ละบริบท

เอกสารอ้างอิง

American Dental Association. (2024). Toothbrushes. https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/toothbrushes

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Bureau of Dental Health. (2024). *The 9th National Oral Health Survey of Thailand, 2023*. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)

Chanthasen, N., & Tassana-iem, S. (2025). Effect of a self-efficacy–based oral health literacy program on oral health care behaviors among working-age adults in Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province. *Journal of Public Health and Innovation*, *5*(3), e282732. (in Thai)

Choi, Y. J., Lee, S. B., Jeon, C. E., & Choi, J. O. (2017). A study on toothbrush wear index and wear rate in some kindergarten children. *Current Pediatric Research*, *21*(4), 577-581.

FDI World Dental Federation. (2024). *Oral hygiene*. https://www.fdiworlddental.org/oral-hygiene

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.

Kaewkungwal, J. (2018). Sample size in clinical research. In P. Pitisuttithum & C. Picheansoonthon (Eds.), *Textbook of clinical research* (4th ed.) (pp. 185–227). Amarin. (in Thai)

Kaneyasu, Y., Shigeishi, H., Niitani, Y., Takemoto, T., Sugiyama, M., & Ohta, K. (2024). Manual toothbrushes, self-toothbrushing, and replacement duration to remove dental plaque and improve gingival health: A scoping review from recent research. *Journal of Dentistry*, *148*, 105240. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105240

Nammontri, O., Srihanat, S., Duangsri, H., & Bhudkote, J. (2021). Effects of a dental health promotion program applying self-efficacy theory on the exercise for strengthening oral cavity of the elderly. *Journal of Health Science Research*, *15*(2), 112-123. (in Thai)

Sao-ngam, K., & Wattanaburanon, A. (2023). Effects of oral health care program applying self-efficacy theory on oral health care behaviors among elderly. *Thai Journal of Health Education*, *46*(2), 116-128. (in Thai)

Srisang, P., Prakayphet, P., Simmanee, P., & Donkerd, N. (2022). Effectiveness of the dental health promotion program on oral health care behaviors of village health volunteers, Bung Khla Subdistrict, Bung Khla District, Bueng Kan Province. *Thai Dental Nurse Journal*, *33*(2), 59-72. (in Thai)

Tienthavorn, V. (2023). *PBRI model concept*. Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Wongsawat, P. (2018). *Experimental research design: Application for research to improve health behaviors*. Charoen Dee Munkong. (in Thai)

World Health Organization. (2025 , March 17). *Oral health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 90-106

บทความวิจัย (Research article)

การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิด สบช. โมเดล พื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี

An Evaluation of the Capacity Building Project for Health Behavior Modification Core Leaders in Self-Management for the Prevention and Control of Diabetes and Hypertension Based on the PBRI Model, Navamintharachini 60th Anniversary Commemorative Health Center, Ban Ruam Chai Phatthana, Pa Deng Subdistrict, Phetchaburi Province

สถาพร แถวจันทึก[1], ศศธร ศรีคำ[1]*, ธนาวุฒิ รวมสุก[1],
ทิพวัลย์ พราหมณ์น้อย[1], จุไรรัตน์ ดวงจันทร์[2]
Starporn Taeochanthuek[1], Sasathorn Srikam[1]*, Thanawoot Ruamsook[1],
Thippawan Pramnoi[1], Churairat Duangchan[2]
*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasathorn.sri@pckpb.ac.th)
(Received: September 8, 2026; Revised: October 5, 2026; Accepted: October 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิด สบช. โมเดล ในพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 13 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง เป็นแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 44 คน เก็บรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการ มีค่าความ

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า โครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านบริบท มีความสอดคล้องกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ผ่านเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมในการถ่ายโอนภาระงาน ยกระดับเป็นผู้นำสุขภาพและใช้สื่อที่ไม่ต้องพึ่งอินเทอร์เน็ต ด้านกระบวนการ นำไปปฏิบัติได้จริง ผ่านกิจกรรมเรียนรู้กลไกสะดุดคิดก่อนกิน และระบบพี่เลี้ยงข้ามหมู่บ้าน และด้านผลผลิต มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (t = -3.62, p < .001) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Z = -2.56, p = .01) และดัชนีมวลกาย (Z = -2.06, p = .045) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถนำแนวคิด สบช. โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สำหรับส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก รวมทั้ง การสนับสนุนสื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการสูงอายุและพื้นที่ห่างไกล

คำสำคัญ: ซิปโมเดล, สบช. โมเดล, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

Abstract

This convergent parallel mixed-methods study aimed to evaluate a project to develop the capacity of health behavior change leaders in self-management for the prevention and control of diabetes and hypertension, based on the Praboromarajchanok Institute Model (PBRI model), at the Health Center in Honor of Her Majesty the Queen's 60th Birthday Anniversary, Ban Ruamjai Pattana, Pa Deng Subdistrict, Phetchaburi Province, Thailand, and to compare clinical outcomes before and after participation in the project. The qualitative phase involved 13 purposively selected key informants, including administrators, healthcare providers, and health behavior change leaders. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis. The quantitative phase included 44 health behavior change leaders. Data were collected using a project evaluation questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = .87) and a clinical outcome recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The findings indicated that the project was rated as highly appropriate across all dimensions. In the context dimension, the project aligned with local noncommunicable disease (NCD) problems through the 7-color life traffic ping-pong tool and collaboration with an academic institution. In the input dimension, appropriate strategies included task shifting, strengthening participants' roles as health leaders, and using educational materials that did not require internet access. In the process dimension, the project was feasible to

implement through learning activities based on the “pause and think before eating” mechanism and a cross-village mentoring system. In the product dimension, systolic blood pressure (t = −3.62, p < .001), fasting blood glucose (Z = −2.56, p = .01), and body mass index (Z = −2.06, p = .045) decreased significantly.

Primary care services could apply the PBRI model and the 7-color life traffic ping-pong tool to promote health behavior change and monitor clinical outcomes. In addition, accessible health education materials should be supported to meet the needs of older adults and people living in remote areas.

Keywords: CIPP model, PBRI model, Non-communicable diseases, 7-color life traffic ping-pong tool, Navamintharachini 60th Anniversary Commemorative Health Center

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) นับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโลก ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ รวมถึงการมีปัจจัยเสี่ยงด้านเมตาบอลิซึม โดยปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประเด็น ที่จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน/ภาวะน้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (World Health Organization, 2025) จากรายงานสถานการณ์โรคติดต่อไม่เรื้อรัง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2566-2568 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,324.58, 1,361.45 และ 1,562.29 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคเบาหวาน 608.68, 643.95 และ 686.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในจังหวัดเพชรบุรี พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.88, 16.22, และ 17.15 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.68, 6.93 และ 7.42 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2026) แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้น และในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2022)

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินภารกิจเชิงรุกในการผลิตกำลังคนและการสร้างนวัตกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาวะชุมชน โดยใช้ สบช. โมเดล (PBRI model) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน รวมทั้ง การเฝ้าระวังและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลผ่านมาตรการ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024) โดยนำแนวคิด สบช.

โมเดล มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) เพื่อสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่ช่วยลดอุปสรรค การรับรู้ข้อมูลสุขภาพเชิงตัวเลข และกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การเห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระดับความรุนแรง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ (สีขาว) มีเป้าหมายการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ โดยเน้นการเฝ้าระวังและการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ให้เปลี่ยนสถานะไปสู่กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) หรือกลุ่มป่วย (สีเหลือง) 2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อกลับสู่สถานะปกติ (สีขาว) และ ชะลอไปสู่โรค (สีเหลือง ส้ม แดง) โดยการใช้กลไก 3 อ. อย่างเข้มข้นเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพก่อนที่จะกลายเป็นกลุ่มป่วย 3) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม เหลือง ส้ม แดง) มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) กลับสู่ระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และมุ่งสู่ระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ซึ่งเป็นกลุ่มป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี และ 4) กลุ่มป่วยระดับรุนแรง (สีแดง) มีเป้าหมายเพื่อยับยั้งความรุนแรงไม่ให้ไปสู่ระดับสีดำ (ภาวะแทรกซ้อนอันตราย) เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไตวาย ตาบอด หรือภาวะเนื้อตาย โดยกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Tienthavorn, 2013)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านบริการวิชาการที่ได้นำแนวคิด สบช. โมแดล มาใช้ในการดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น และจำแนกความรุนแรงผ่านเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับการให้สุขศึกษา เรื่อง โรคติดต่อไม่เรื้อรัง การส่งเสริมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลตนเองตามหลัก 3 อ. 3 ลด (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อส่งเสริมให้แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถประเมินสุขภาพและวางแผนการจัดการพฤติกรรมของตนเองตามที่สนใจ ทั้งในรูปแบบกลุ่มและรายบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2567 และดำเนินการต่อเนื่องทุกปี ซึ่งการทำงานนอกจากมีเป้าหมายและการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญคือการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ทราบว่าการดำเนินงานดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ จำเป็นต้องปรับปรุงขั้นตอนกิจกรรมใด หรือควรยุติหรือยกเลิกโครงการก่อนที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงาน องค์กร หรือประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้แนวคิด สบช. โมเดล ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มคะแนนความรู้ ทัศนคติ ตลอดจนทักษะการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Khampeera et al., 2024) ซึ่งเป็นการวัดเฉพาะผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและพฤติกรรม แต่ยังขาดการประเมินเชิงระบบ

วิธีการประเมินโครงการที่นิยมใช้ คือ CIPP Model 4 ด้าน ได้แก่ 1) บริบท ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความต้องการและการวางเป้าหมาย 2) ปัจจัยนำเข้า โดยการวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคลและสิ่งสนับสนุน 3) กระบวนการ เป็นการติดตามและประเมินกิจกรรมเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องระหว่างการดำเนินงานการ และ 4) ผลผลิต โดยการวัดผลลัพธ์ของโครงการ (Stufflebeam, 1971) เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินโครงการ

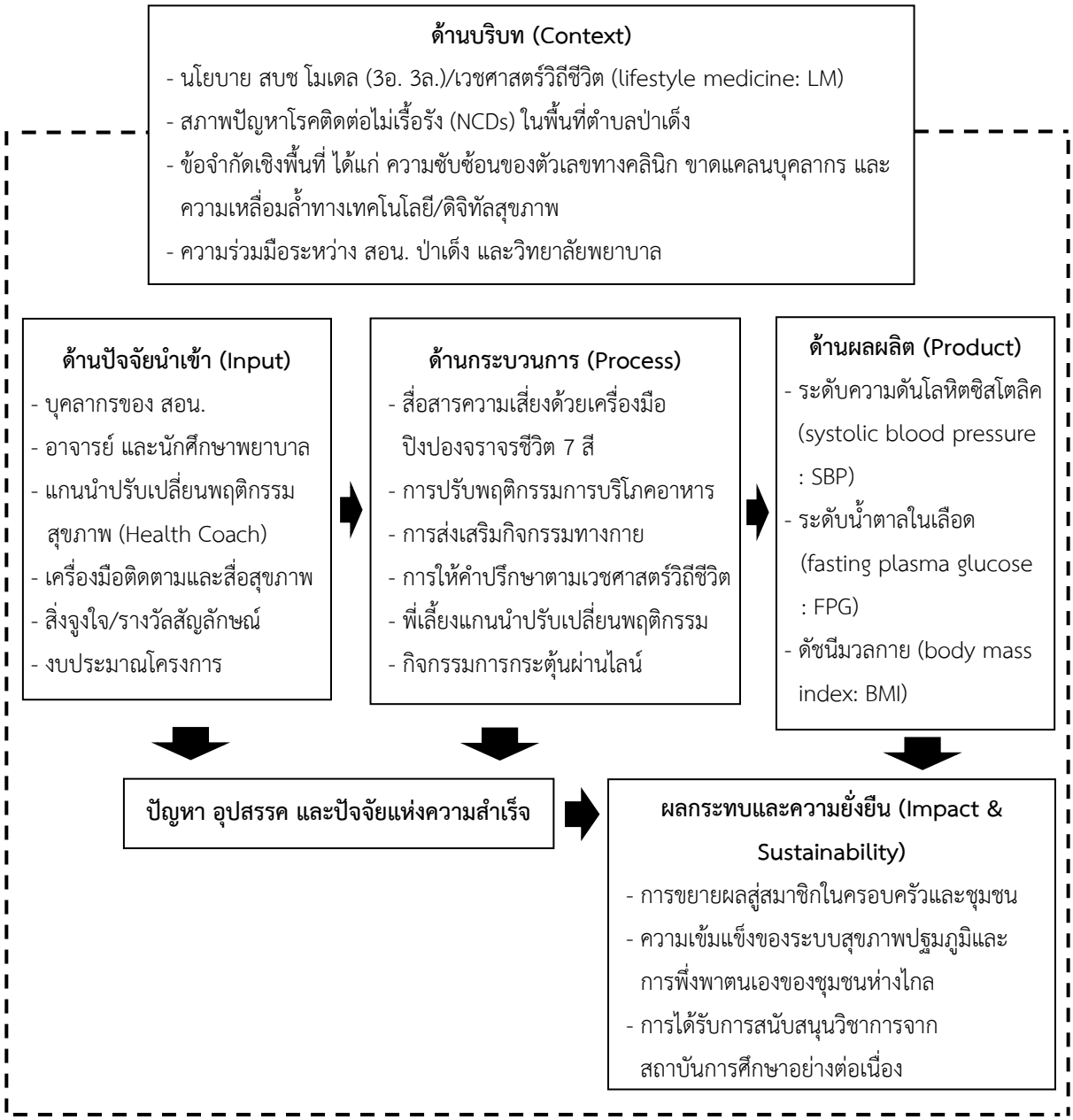
พัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด สบช. โมเดล ในพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบ CIPP เพื่อการหาข้อมูลในการตัดสินใจบริหารโครงการและการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง ทราบจุดเด่นและจุดด้อยของโครงการ เสริมจุดเด่นให้เด่นขึ้นและปรับแก้ไขจุดด้อยที่เกิดขึ้น รวมทั้ง สามารถประเมินศักยภาพของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการประยุกต์ใช้การจัดการตนเองร่วมกับแนวคิด สบช. โมเดล สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิด สบช. โมเดล
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
3. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองในบริบทชุมชนห่างไกล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสะท้อนความก้าวหน้า จุดแข็ง และข้อจำกัดที่เกิดขึ้น สำหรับนำผลการประเมินไปพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมของโครงการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ห่างไกลอย่างยั่งยืน ใช้กรอบแนวคิดการประเมิน CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ร่วมกับแนวคิด สบช. โมเดล (Tienthavorn, 2013) โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) บริบท (context) เพื่อประเมินความสอดคล้องเชิงนโยบาย สภาพปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความต้องการจำเป็นของพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 2) ปัจจัยนำเข้า (input) เพื่อตรวจสอบความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากร บุคลากร สื่อแบบดั้งเดิมที่ไม่ต้องใช้อินเทอร์เน็ต และสิ่งจูงใจ 3) กระบวนการ (procession) โดยใช้กิจกรรมการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การให้คำปรึกษาตามเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการกระตุ้นผ่านไลน์เพื่อติดตามกระบวนการขับเคลื่อน สบช. โมเดล การใช้นวัตกรรมปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และระบบพี่เลี้ยงข้ามหมู่บ้าน และ 4) ผลผลิต (product) เป็นการประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและความเข้มแข็งของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด สบช. โมเดล พื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านร่วมใจพัฒนาตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนาน (convergent parallel mixed-methods design) ดำเนินการวิจัยระหว่าง 24 กรกฎาคม ถึง 30 สิงหาคม 2569 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน และแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการบริหารจัดการ การนิเทศติดตาม หรือการดำเนินกิจกรรมในโครงการต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 ถึงปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ Jantharawijit (2023) ตามกรอบ CIPP Model 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ครอบคลุมประเด็นนโยบายการสนับสนุน ความต้องการของพื้นที่ สภาพปัญหา NCDs และโอกาสจากข้อตกลงความร่วมมือ ด้านปัจจัยนำเข้า ครอบคลุมความพร้อมด้านกำลังคน งบประมาณ สิ่งจูงใจ สื่อ และระบบประสานงาน ด้านกระบวนการ ครอบคลุมขั้นตอนการคัดกรองตาม สบช. โมเดล การจัดอบรมเชิงรุก และระบบพี่เลี้ยงข้ามหมู่บ้าน และด้านผลผลิต ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ศักยภาพการเป็นโค้ชสุขภาพของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการขยายผลความยั่งยืนในชุมชน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective – Item congruence: IOC) ในช่วง 0.67-1.00

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ล่วงหน้า พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบ แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตามกรอบ CIPP Model ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ณ ห้องประชุม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านร่วมใจพัฒนา พร้อมทั้ง จดบันทึกสาระสำคัญร่วมกับการขออนุญาตบันทึกเสียง นำมาถอดเทปคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และโดยมีการตรวจสอบและยืนยันผลการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลป่าเด็ง อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2569 จำนวน 97 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านเป้าหมายที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลป่าเด็ง ในปีงบประมาณ 2569 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มเดียวไม่เป็นอิสระต่อกัน การทดสอบสองทาง (two-tailed) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน

ทั้งสิ้น 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นแกนนำสุขภาพ ต.ป่าเด็ง ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (คัดกรองตามเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) 2) เข้าร่วมกิจกรรมปีงบประมาณ 2569 ครบทั้ง 4 ครั้ง 3) มีผลตรวจทางคลินิก ได้แก่ ความดันซิสโตลิก น้ำตาลหลังอดอาหาร และดัชนีมวลกายครบถ้วนทั้งก่อน-หลังโครงการ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ ย้ายออกจากพื้นที่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือไม่สามารถติดตามผลตรวจทางคลินิกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Bunjarot et al., (2021) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 2 และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการ จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น ด้านบริบท จำนวน 4 ข้อ ปัจจัยนำเข้า จำนวน 4 ข้อ กระบวนการ จำนวน 4 ข้อ และด้านผลผลิต จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คิดคะแนนเฉลี่ย และจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 1993)

คะแนนเฉลี่ย 4.32 - 4.40 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.24 - 4.31 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 4.16 - 4.23 หมายถึง ระดับน้อย

2. แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมตัวชี้วัดทางสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose: FPG) และดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (index of objective - Item congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เคยเข้าร่วมโครงการในปี 2567–2568 จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานผู้บริหารสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านร่วมใจพัฒนา เพื่อวางแผนการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ สิทธิ์การถอนตัว และการรักษาความลับ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพ ระยะก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และดัชนีมวลกาย จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (health data center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อตอบเสร็จแล้วบรรจุใส่ซองปิดผนึก เพื่อให้ผู้วิจัยเดินทางไปรับคืนด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนจากแบบสอบถาม และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)

2. ตรวจสอบการกระจายเป็นปกติของข้อมูลความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือด มีการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ ($p < .05$) ส่วนดัชนีมวลกายมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ($p > .05$)

3. เปรียบเทียบคะแนนดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมของโครงการ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

4. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมของโครงการ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC No.07/2569 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และการมารับบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1.1 ผลลัพธ์ตามรูปแบบ CIPP model รายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ด้านบริบท (context) พบว่า โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการใช้เครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยไม่เข้าใจตัวเลขผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะมีอุปสรรคจากพื้นที่ห่างไกล วิถีชีวิตเกษตรกรรม และพื้นที่ห่างไกลสัญญาณอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“เนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์ ทำไร่ รีดนมวัว... การรับประทานอาหารอันดับแรกก็จะเป็นปัญหา มีอะไรก็ต้องกินตามที่มี และในกลุ่มยากจนเน้นเป็นพวกข้าวแป้งเลย... เน้นคือ 1 กินให้อยู่ท้อง เพื่อที่จะต้องออกไปทำงาน... พลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไปก็จะน้อยลง...” (ผู้บริหาร)

“ผู้ป่วยถ้าตัวผู้ป่วยอ่ะ พวกสีเนี่ยจะมีผล... วันนี้สีเขียว เขาก็ไปคุยกันว่า วันนี้ฉันสีเขียว ปลอดภัย... พอเริ่มเข้าช่วงสีส้ม สีแดง เราจะสังเกตเห็นแล้ว เขาจะแบบว่า ต้องทำยังไงอ่ะหมอ...” (พยาบาล)

“เน้นกินให้อยู่ท้อง เพื่อที่จะต้องออกไปทำงาน... แล้วการเข้าถึงเทคโนโลยีอ่ะค่ะ มันมีปัญหา... อยากได้เป็นคู่มือที่ปริ้นออกมาเป็นตัวอักษรให้เขากลับไปอ่านได้ ไม่ใช่ผ่านแอป...” (แกนนำ)

1.1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (input) พบว่า พื้นที่มีความพร้อมด้านบุคลากร ทำงานร่วมกันทั้งพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำ โดยเน้นสื่อสุขภาพแบบดั้งเดิมที่ไม่พึ่งอินเทอร์เน็ต และแกนนำพึงพอใจต่อการได้รับเกียรติบัตรเป็นสิ่งจูงใจ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“อาจารย์ถามว่าอยากได้รางวัลเป็นเงินหรือเป็นอะไร เค้าบอกเค้าไม่เอา เค้าขอเป็นใบประกาศนียบัตรไว้เก็บผลงาน... แล้วก็เอาเด็กนักศึกษามาลงชุมชนก็ได้ข้อมูลครบ นวัตกรรมแฮนด์เมด กระดาษตอบโจทย์พื้นที่ไกลมากกว่าดิจิทัล...” (พยาบาล)

“การได้รับใบประกาศนียบัตรมันมีคุณค่าทางจิตใจ เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชนและเก็บเป็นผลงานสะสมไว้ ดีกว่าการได้เป็นตัวเงิน...” (แกนนำ)

1.1.3 ด้านกระบวนการ (process) มีระบบคัดกรองชัดเจน รูปแบบการเรียนรู้เป็นฐานกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติและการแข่งขัน การใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม. ขยายผลข้ามหมู่บ้าน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้ามานั่งฟังเนี่ย เดี๋ยวก็หลับ เดี๋ยวก็ดูโทรศัพท์... แต่ถ้าเป็นฐาน เป็นกิจกรรมเอ้าท์ดอร์ แข่งขันกันเก็บแต้ม เขาชอบมาก คึกคักและจำได้ดี...” (พยาบาล)

“แกนนำหมู่ 2 ขยายไปหมู่ 3, 4 ได้ แต่เจ้าหน้าที่ก็ยังต้องคอยเป็นตัวบูสเตอร์กระตุ้นเรื่อย ๆ ไม่ให้แผ่ว...” (พยาบาล)

1.1.4 ด้านผลผลิต (product) มีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายลดลง ผู้ป่วยเบาหวานบางรายเข้าสู่ระยะสงบ (diabetes remission) สามารถดึงกลุ่มสีส้ม/ แดงลงมาสู่สีเหลือง/เขียว เกิดพฤติกรรมตระหนักรู้ก่อนบริโภค (พฤติกรรมเอ๊ะ) และสร้างความเข้มแข็งให้แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการเป็นผู้นำสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“เมื่อก่อนกินทุกอย่างที่ขวางหน้า เดี๋ยวนี้พอจะกินจะตัก มันเอ๊ะขึ้นมานิดนึง... ออกกำลังกายเต้นแอโรบิก รสจืดลง น้ำตาลลด ไขมันปกติจนหมอสั่งหยุดยาไขมันที่กินมา 6 ปี...” (แกนนำ)

“หลัง ๆ คลินิก NCDs ไม่ค่อยมีสีส้มสีแดงแล้ว ส่วนใหญ่จะคุมได้ให้อยู่แค่เหลืองกับเขียว... น้องที่เป็นเบาหวานก็เข้าสู่ระยะสงบ คุมได้ดีมาก...” (พยาบาล)

“เมื่อก่อนกินทุกอย่างที่ขวางหน้า พออาจารย์มาให้ความรู้ เดี๋ยวนี้พอจะกินจะตัก มันเอ๊ะขึ้นมานิดนึง รสอาหารทำจืดลง เลี่ยงกะทิ มื้อเย็นลดข้าวลงจาก 3 ทัพพีเหลือทัพพีเดียว ตักครั้งเดียวไม่เติมเพิ่ม...” (แกนนำ)

1.2 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคสำคัญ คือ บริบทพื้นที่ห่างไกล ข้อจำกัดสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยและ อสม. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและไม่คุ้นเคยกับการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“การเข้าถึงเทคโนโลยีอ่ะค่ะ มันมีปัญหา... คนที่อายุเยอะ เขาไม่เปิดดูโซเชียล... บางคนก็คืออยู่ในหมู่โซนข้างในอ่ะค่ะ ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ บางที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์” (พยาบาล)

ร่วมกับข้อจำกัดด้านการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ และทำฟาร์มโคนม ที่ทำให้มีภาระงานหนักจนมืดค่ำและขาดเวลาออกกำลังกาย อีกทั้งจำต้องบริโภคอาหารที่เน้นข้าวและแป้งเพื่อให้มีพลังงานในการทำงานหนัก ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“เนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์... กลุ่มยากจนเน้นเป็นพวกข้าวแป้ง... เน้นคือ 1 กินให้อยู่ท้อง เพื่อที่จะต้องออกไปทำงาน” (ผู้บริหาร)

ตลอดจนความน่าเบื่อหน่ายจากการนั่งฟังบรรยายวิชาการรูปแบบเดิม แต่อย่างไรก็ดี โครงการประสบผลสำเร็จอย่างยิ่ง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการใช้นวัตกรรมปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งเปลี่ยนตัวเลขทางคลินิกซับซ้อนให้เป็นสัญลักษณ์สีที่กระตุ้นการตระหนักรู้เชิงสังคม ดังคำสัมภาษณ์ว่า

“ผู้ป่วยถ้าตัวผู้ป่วยอ่ะ พวกสีเนี่ยจะมีผล... วันนี้สีเขียว เขาก็ไปคุยกันว่า วันนี้ฉันสีเขียว ปลอดภัย... พอเริ่มเข้าช่วงสีส้ม สีแดง เราจะสังเกตเห็นแล้ว เขาจะแบบว่า ต้องทำยังไงอ่ะหมอ” (พยาบาล)

จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากเดิมที่เคยกินทุกอย่างที่ขวางหน้ามาเป็นพฤติกรรม “เอ๊ะ” ชะลอการกินหวานมันเค็ม ควบคู่กับการแก้ปัญหาช่องว่างดิจิทัลด้วยการใช้นวัตกรรมสื่อคู่มือรูปเล่ม และสามารถขยายผลไปยังบุคคลในครอบครัวได้ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ในพื้นที่ห่างไกลเนี่ย แผนที่ชุมชนมันจะมีความสำคัญมากกว่าพวกเทคโนโลยี... เราจะเห็นภาพว่าบ้านแต่ละบ้านมีปัญหาอะไรบ้าง” (แกนนำ)

“นอกจากปรับตัวเองแล้วก็นำไปใช้กับคนในครอบครัว ปรับการกินทั้งบ้าน สามีน้ำตาลลดลงเหลือ 97... แม้จะเหนื่อยจากงานเกษตร แต่ก็มั่นใจว่าสามารถเป็นแกนนำบอกต่อและสอนการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้คนอื่นได้...” (แกนนำ)

รวมถึง การปรับรูปแบบการอบรมเป็นฐานกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติและการแข่งขัน การใช้ระบบพี่เลี้ยง อสม. ขยายผลข้ามหมู่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ การมอบใบประกาศนียบัตรเพื่อเป็นสิ่งจูงใจในการสะสมผลงานแก่ อสม. และความร่วมมือเชิงสถาบันระหว่างวิทยาลัยพยาบาล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และชุมชน ผ่านการนำนักศึกษาพยาบาลลงฝึกภาคปฏิบัติในพื้นที่โดยทำการสำรวจและดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มกำลังคนและสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างแท้จริง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ในพื้นที่ห่างไกลเนี่ย แผนที่ชุมชนมันจะมีความสำคัญมากกว่าพวกเทคโนโลยี... เราจะเห็นภาพว่าบ้านแต่ละบ้านมีปัญหาอะไรบ้าง...ถ้าเอานักศึกษาพยาบาลมาลงฝึกสำรวจพฤติกรรมสุขภาพชุมชนแบบครบทุกหลังคาเรือน มันทำให้เราได้ข้อมูลชุมชนที่อัปเดตและสร้างสัมพันธภาพร่วมกันระหว่าง สอน. วิทยาลัย และชุมชนได้อย่างแท้จริง” (ผู้บริหาร)

“...ที่นำนักศึกษาปี 4 มาฝึกงานเป็นรายวิชาของการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพชุมชน คือเขาจะลงทุกๆ บ้าน... ให้เด็กมาเรียนรู้ว่าหน้างานจริงเนี่ย พยาบาลอยู่กันแค่เนี้ย เจ้าหน้าที่มีจำกัดขนาดเนี้ย เขาทำอย่างไร นักศึกษาช่วยตรงนี้ได้ เป็นการพัฒนาไปด้วยกัน...” (พยาบาล)

2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 44)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			ค่าสถิติ	*p-value*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	134.73	17.95	สูงกว่าปกติ	129.13	15.32	ปกติ	3.62[a]	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	117.40	33.58	เสี่ยงเบาหวาน	111.73	30.86	เสี่ยงเบาหวาน	2.56[a]	.010
ดัชนีมวลกาย	26.77	4.55	อ้วนระดับ 1	26.62	4.58	อ้วนระดับ 1	2.06[b]	.045

a = Wilcoxon signed rank test, b = paired t–test

2.2 ความคิดเห็นของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อโครงการ ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของระดับความคิดเห็นในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านผลผลิต (*M* = 4.31, *SD* = .48) รองลงมาคือ ด้านบริบท (*M* = 4.29, *SD* = .57) และต่ำสุดคือ ด้านกระบวนการ (*M* = 4.25, *SD* = .61) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความคิดเห็นของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อโครงการ (n = 44)

รายการ	*M*	*SD*	แปลผล
ด้านบริบท (Context)	**4.29**	**.57**	**ปานกลาง**
สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันโรคของจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข	4.36	.61	มาก
ตอบสนองต่อปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของคนในหมู่บ้านอย่างแท้จริง	4.31	.67	ปานกลาง
แนวคิด “สบช. โมเดล” มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในตำบลป่าเด็ง	4.36	.65	มาก
ชุมชนและผู้ป่วยมีความตื่นตัวและต้องการเข้าร่วมโครงการ	4.16	.67	น้อย
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	**4.28**	**.62**	**ปานกลาง**
จำนวนเจ้าหน้าที่ วิทยากร และพี่เลี้ยง มีความเพียงพอต่อการจัดกิจกรรมในพื้นที่	4.27	.65	ปานกลาง
สื่อความรู้และอุปกรณ์ที่ได้รับ น่าสนใจและเข้าใจง่าย	4.31	.63	ปานกลาง
การสนับสนุนรางวัลจูงใจมีความเหมาะสมและกระตุ้นการมีส่วนร่วมได้ดี	4.29	.63	ปานกลาง
มีระบบหรือช่องทางการสื่อสารที่สะดวกและเอื้อต่อการประสานงาน	4.27	.72	ปานกลาง

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	*M*	*SD*	แปลผล
ด้านกระบวนการ (Process)	**4.25**	**.61**	**ปานกลาง**
กระบวนการคัดกรองสุขภาพ มีระบบขั้นตอนที่ชัดเจนและรวดเร็ว	4.31	.67	ปานกลาง
การจัดอบรมให้ความรู้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน	4.20	.73	น้อย
การแบ่งทีมดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี	4.31	.70	ปานกลาง
ระบบพี่เลี้ยงและการชักชวนสมาชิกใหม่ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน	4.18	.68	น้อย
ด้านผลผลิต (Product)	**4.31**	**.48**	**ปานกลาง**
มีระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น	4.29	.63	ปานกลาง
สามารถลดน้ำหนักและมีค่าดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น	4.36	.53	มาก
มีการปรับระดับสีภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น (เช่น จากสีแดง/ส้ม เปลี่ยนเป็นสีเหลือง/เขียว/ขาว)	4.40	.58	มาก
มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติการนับคาร์บ (พร่องแป้ง) ได้อย่างถูกต้อง	4.29	.51	ปานกลาง
การรวมกลุ่มทำกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	4.24	.53	ปานกลาง
มีความมั่นใจและมีศักยภาพในการเป็นพี่เลี้ยงดูแลสุขภาพให้กับคนในหมู่บ้านได้จริง	4.31	.56	ปานกลาง

การอภิปรายผล

การประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด สบช. โมเดล ในพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านร่วมใจพัฒนา ตำบลป่าเด็ง จังหวัดเพชรบุรี สามารถอภิปรายผลตามรายด้านของโมเดล CIPP ได้ดังนี้

1. ด้านบริบท พบว่า ผลการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.29, *SD* = .57) โดยมีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและความเหมาะสมของ สบช. โมเดล ในพื้นที่ตำบลป่าเด็ง สูงสุด (*M* = 4.36, *SD* = .61) แม้พื้นที่บริบทห่างไกลจะมีอุปสรรคสำคัญจากพื้นที่ห่างไกลสัญญาณอินเทอร์เน็ต วิถีชีวิตเกษตรกรที่บริโภคแป้งเป็นหลัก และการขาดทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุ ดังผู้บริหารสะท้อนว่า *“กลุ่มยากจนเน้นกินข้าวแป้งเพื่อออกไปทำงาน พลังการปรับพฤติกรรมก็น้อยลง...”* ร่วมกับคำสัมภาษณ์แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพว่า *“คนอายุเยอะไม่เปิดดูโซเชียล บางโซนไม่มีสัญญาณอยากได้คู่มือตัวอักษร...”* การเปลี่ยนตัวเลขทางวิทยาศาสตร์ซับซ้อน มาเป็นนวัตกรรมปิงปองจราจรชีวิต 7 สีและสื่อแบบดั้งเดิม เช่น คู่มือรูปเล่มและการ์ดพกพา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงและกระตุ้นการปรับพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น (Tienthavorn, 2013) ร่วมกับความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาล โดยนำศึกษาลงพื้นที่คัดกรองร่วมกับ อสม. ซึ่งช่วยแก้ปัญหาด้านกำลังคนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการจัดการตนเองอย่างยั่งยืนตามหลักกฎบัตรออตตาวา (Thappha et al., 2021)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีความเหมาะสมในการบริหารจัดการทรัพยากรในระดับปานกลาง (*M* = 4.28, *SD* = .62) สอดคล้องกับการประเมินความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากรสุขภาพชุมชน (Jantharawijit, 2023) แม้พื้นที่เผชิญอุปสรรคด้านบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำกัดและความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล แต่โครงการที่ใช้กลยุทธ์การถ่ายภาระงาน (task-shifting strategy) โดยยกระดับ อสม. และแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นผู้นำสุขภาพ (health coach) ควบคู่กับความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาล ช่วยลดภาระงานสถานบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก (Bunjarot et al., 2021) ดังพยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่า *“การนำนักศึกษามาลงชุมชนก็ได้ข้อมูลครบ นวัตกรรมแฮนด์เมดกระดาษตอบโจทย์พื้นที่ไกลมากกว่าดิจิทัล...”* ด้านสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการ ควรหลีกเลี่ยงเทคโนโลยีซับซ้อน โดยเน้นสื่อดั้งเดิม ซึ่งเหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุและพื้นที่ห่างไกลสัญญาณมากกว่า ด้านแรงจูงใจ พบว่า แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้คุณค่ากับรางวัลเชิงสัญลักษณ์ เช่น ใบประกาศเกียรติคุณ มากกว่ารางวัลตัวเงิน ดังแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสะท้อนว่า *“การได้รับใบประกาศนียบัตรมันมีคุณค่าทางจิตใจ เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชน...”* ทั้งนี้ ยังคงต้องการกลไกการกระตุ้นเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาแรงจูงใจในการขับเคลื่อนโครงการอย่างยั่งยืน (World Health Organization, 2022)

3. ด้านกระบวนการ พบว่า มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับปานกลาง (*M* = 4.25, *SD* = .61) โดยจุดแข็งสำคัญ คือ การสื่อสารความเสี่ยงด้วยเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และสื่อแบบดั้งเดิมแทนการพึ่งพาแอปพลิเคชันออนไลน์ ซึ่งแก้ปัญหาข้อจำกัดทางดิจิทัลของผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างตรงจุด ควบคู่กับการปรับรูปแบบการเรียนรู้จากการบรรยายทฤษฎีที่เข้าใจง่ายและการสร้าง “กลไกสะดุดคิด (เอ๊ะ) ก่อนกิน” ดังพยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่า *“ถ้ามานั่งฟังเนี่ย เดี๋ยวก็หลับ... แต่ถ้าเป็นฐานกิจกรรมเอ้าท์ดอร์ แข่งขันกันเก็บแต้ม เขาชอบมาก คึกคักและจำได้ดี...”* สอดคล้องกับแกนนำสุขภาพที่ระบุว่า *“เมื่อก่อนกินทุกอย่างที่ขวางหน้า เดี๋ยวนี้พอจะกินจะตัก มันเอ๊ะขึ้นมานิดนึง...”* สอดคล้องกับการศึกษาของ Jantharawijit (2023) ที่พบว่า การใช้สัญลักษณ์สีร่วมกับสื่อออฟไลน์และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ได้ดีกว่าสื่อดิจิทัล นอกจากนี้ การยกระดับแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผู้นำสุขภาพและการจัดตั้งระบบพี่เลี้ยงข้ามหมู่บ้าน ถือเป็นการถ่ายโอนภาระงานที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2022) อย่างไรก็ดี แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ยังคงมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานอาชีพหลัก การขับเคลื่อนให้ต่อเนื่องจึงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กระตุ้นเชิงรุก ดังแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสะท้อนว่า *“แกนนำหมู่ 2 ขยายไปหมู่ 3, 4 ได้ แต่เจ้าหน้าที่ก็ยังต้องคอยเป็นตัวบูสเตอร์กระตุ้นเรื่อย ๆ ไม่ให้แผ่ว...”* สอดคล้องกับการศึกษาของ Mlotshwa et al. (2021) ที่ระบุว่าการถ่ายโอนภาระงานสู่แกนนำชุมชนจะสำเร็จและยั่งยืนได้ จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนวิชาการและการนิเทศกระตุ้นเตือนจากบุคลากรวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ

4. ด้านผลลัพธ์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 4.31, *SD* = .48) และมีการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยพบว่า มีการลดลงของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด

และดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลมาจากนวัตกรรมปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ตามแนวคิด สบช. โมเดล ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสะกิดพฤติกรรมทางจิตวิทยา (nudge mechanism) เปลี่ยนตัวเลขทางคลินิกซับซ้อนให้เป็นสัญลักษณ์สีเชิงสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนกลุ่มสีจากความเสี่ยงสูงลงมาสู่ระดับที่ดีขึ้นควบคู่กับการเกิด “กลไกสะดุดคิด (เอ๊ะ) ก่อนกิน” ปรับลดแป้ง กะทิ และของมัน ดังแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสะท้อนว่า *“เมื่อก่อนกินทุกอย่าง พอมาเรียนรู้ก็เอ๊ะขึ้นมานิดนึง รสจืดลง น้ำตาลลด ไขมันปกติจนหมอสั่งหยุดยาไขมันที่กินมา 6 ปี...”* และพยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่า *“คลินิก NCDs ไม่ค่อยมีสีส้มสีแดงแล้ว ส่วนใหญ่คุมให้อยู่แค่เหลืองกับเขียว ผู้ป่วยเบาหวานบางรายเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)...”* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wonghan et al. (2018) ที่พบว่าการใช้สัญลักษณ์สีร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ดี การรักษาระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาวยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีภาระงานอาชีพหลักเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ Mwenda (2024) ที่ชี้ว่าการมอบหมายภาระงาน NCDs ให้แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจก่อให้เกิดภาระงานทับซ้อน จึงจำเป็นต้องมีระบบพี่เลี้ยง การสนับสนุนเชิงบวก และการกระตุ้นเตือนเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะถดถอยและสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์สุขภาพในชุมชนห่างไกล

ข้อจำกัดของการวิจัย

แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลป่าเด็ง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีภาระงานหนัก ส่งผลให้มีเวลาจำกัดในการออกกำลังกาย เตรียมอาหาร หรือเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จนทำให้ยุติกิจกรรมหากขาดผู้กระตุ้น รวมทั้งบางพื้นที่ประสบปัญหาไม่มีสัญญาณโทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ต และแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ขาดทักษะด้านไอที ไม่มีสมาร์ทโฟน ทำให้การใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ ระบบรายงานสุขภาพหรือการส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายไร้สายไม่สามารถใช้งานได้จริงในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรนำแนวคิด สบช. โมเดล (PBRI model) ไปใช้เป็นกรอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 3 ลด) ควบคู่กับการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นสัญลักษณ์เชิงสังคมที่เข้าใจง่าย รวมทั้ง การสนับสนุนสื่อสุขภาพอย่างง่าย เช่น คู่มือภาพ รูปเล่มกระดาษขนาดใหญ่และการ์ดพกพา แทนการพึ่งพาระบบแอปพลิเคชันออนไลน์ เพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดด้านความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุและพื้นที่ห่างไกลสัญญาณอินเทอร์เน็ต

2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนบทบาทพยาบาลสู่โค้ชสุขภาพ สำหรับอาสาแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน สู่ผู้นำสุขภาพประจำครัวเรือน และขยายไปยังบุคคลในครอบครัวหรือครัวเรือนอื่น เพื่อแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนา (research and development) รูปแบบการนำแนวคิด สบช. โมเดล (PBRI model) และเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่น และข้อจำกัดทางดิจิทัลของชุมชนชนบท ประยุกต์ใช้กลไกผู้นำสุขภาพรายครัวเรือนและการสนับสนุนเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น HbA1c และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

Best, J. W., and Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bascom.

Bunjarot, N., Phetphrai, W., Laphu, W., Butsat, M., Yaowaphan, N., & Srangsok, K. (2021). Evaluation of self-care behavior modification program for elderly diabetic patients at Buakham health promoting hospital, Pho Chai district, Roi Et province. *Journal of Health Innovation Research and Development*, *2*(2), 171-181. (in Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).* Lawrence Erlbaum Associates.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Annual report 2024 Division of Non-Communicable Diseases*. https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php? publish=16681 (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Jantharawijit, K. (2023). Evaluation of the surveillance, prevention, and control program for diabetes and hypertension using “7-color life traffic ping-pong” in Singburi province using the CIPP Model. *Journal of Public Health and Health Sciences*, *6*(2), 80-93. (in Thai)

Khampeera, A., Nojai, W., Glomjai, T., & Yana, A. (2024). Effects of PBRI’s model implementation on prevention and control for non - communicable disease among people living in Muang Phayao, Phayao Province. *Journal of Health and Nursing Research*, *40*(2), 137–151. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2026). Health Data Center (HDC). https://hdc.moph.go.th/center/public/main (in Thai)

Mlotshwa, L., Harris, B., Schneider, H., & Moshabela, M. (2015). Exploring the perceptions and experiences of community health workers using role identity theory. *Global Health Action, 8*(1), 28045. https://doi.org/10.3402/gha.v8.28045

Mwenda, M. (2024). *Community Health Workers in Asia: Insights from the 2024 State of the Evidence Analysis*. CHW Central. https://chwcentral.org/community-health-workers-in-asia-insights-from-the-2024-state-of-the-evidence-analysis/

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of Research and Development in Education*, *5*, 19-25.

Thappha, J., Yuenyong, N., & Krasang, P. (2021). The concept of public participation in community health promotion. *Journal of Science and Technology Pathumthani University*, *2*(2), 86-96. (in Thai)

Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance, control and prevention system for diabetes and hypertension in Thailand: 7-color life traffic ping-pong*. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)

Wonghan, C., Netsangsri, P., & Nilked, E. (2018). The development of health care model for Diabetes Mellitus and Hypertension patients through the network participation in Rattanawapi District, Nong Khai Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, *1*(1), 13-25. (in Thai)

World Health Organization. (2022). *National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240046665

World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 107-122

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Effect of an Exercise Promotion Program using Ramwong Mueang Phetchaburi Song on Exercise Behavior and Fasting Blood Glucose Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ[1], อัญชนา จุลศิริ[2]*, กมลพรรณ วัฒนากร[3], จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์[3], ทิพวัลย์ พราหมณ์น้อย[3]

Panisara Songwatthanayuth[1], Anchana Julsiri[2]*, Kamonpun Wattanakorn[3], Jintipa Sirikunwiwat[3], Thippawan Pramnoi[3]

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

(Received: June 28, 2026; Revised: October 25, 2026; Accepted: October 31, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 82 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี เวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 41 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู และการทดสอบวิลคอกซัน

[1] รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Associate Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Nursing Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง (z = 6.05, p < .01) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 7.78, p < .01) และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (z = -4.97, p < .01) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -2.58, p < .05)

บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ: พฤติกรรมการออกกำลังกาย, น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร, เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest control group design. The objective was to evaluate the effectiveness of an exercise promotion program incorporating Ramwong Mueang Phetchaburi songs on exercise behaviors and fasting blood glucose levels among patients with type 2 diabetes mellitus. The sample consisted of 82 adults with type 2 diabetes mellitus receiving care at Thongchai Tambon Health Promotion Hospital, Phetchaburi Province. Participants were selected using simple random sampling and assigned to either an experimental group or a control group, with 41 participants in each group. The experimental group received the 12-week exercise promotion program, while the control group received usual care. Data were collected using an exercise behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .81 and fasting blood glucose records. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that, after participating in the program, the experimental group had significantly higher exercise behavior scores than at baseline (Z = 6.05, p < .01) and significantly higher scores than the control group (Z = 7.78, p < .01). In addition, the experimental group had significantly lower fasting blood glucose levels after the intervention compared with baseline (Z = −4.97, p < .01) and compared with the control group (Z = −2.58, p < .05).

Healthcare personnel can apply Ramwong Mueang Phetchaburi dance songs as an exercise promotion strategy based on self-regulation to encourage physical activity among patients with type 2 diabetes mellitus and help improve glycemic control.

Keywords: Exercise behavior, Fasting blood glucose, Ramwong Mueang Phetchaburi song, Type 2 diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเผาผลาญสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน โดยมีสาเหตุหลักมาจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น เนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือการที่เซลล์ในร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินจนไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น โรคไตจากเบาหวาน โรคเส้นประสาทเสื่อมจากเบาหวาน โรคเบาหวานขึ้นจอตา และโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม (Tomic et al., 2022) ก่อให้เกิดภาระทางสาธารณสุขและเศรษฐกิจอย่างมาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในปี 2567 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นเบาหวานร้อยละ 11.11ของประชากรผู้ใหญ่ ประมาณ 589 ล้านคน อายุ 20-79 ปี คาดว่าในปี 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 12.96% ประมาณ 853 ล้านคน (Genitsaridi et al., 2026) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศ 3,811,207 คนเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.27 จาก 3,250,002 คน ในปี พ.ศ. 2565 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับประเทศในปี 2565 มีร้อยละ 7.35 ในปี 2568 แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 7 (Jivaramonaikul, 2026) ในจังหวัดเพชรบุรี ปี 2568 พบว่าตำบลธงชัยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 285 คน มีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร้อยละ 34.31 เมื่อเป็นโรคเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายร่วมกับการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และหลอดเลือดสมอง

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาล และช่วยลดความผันผวนของน้ำตาลหลังมื้ออาหาร (postprandial glycemia) ได้ดีที่สุด (Gallardo-Gómez et al., 2024) ดังผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Chouwai, 2024) การออกกำลังกายชนิดต้านยางยืดกับการลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Promchaiman, 2024) และการรำไทยสมาธิกับการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (Chunkum, 2024) อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่วนใหญ่มักเป็นรูปแบบสากลหรือเน้นอุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความสนุกสนาน และไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่งผลการคงอยู่ของพฤติกรรมระยะยาว (Kaewchai, 2023)

ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation theory) (Bandura, 1986) อธิบายว่าบุคคลไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรมจากแรงกระตุ้นภายนอกเท่านั้น แต่เกิดจากกระบวนการควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ผ่านขั้นตอนสำคัญ คือ การสังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสินใจและประเมินตนเอง (judgment process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เพื่อช่วยให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมการออกกำลังกายขึ้น พบว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Teixeira et al., 2015) รวมทั้ง การนำเอกลักษณ์ทางศิลปวัฒนธรรม

ท้องถิ่น เช่น "เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี" มาประยุกต์เป็นกิจกรรมออกกำลังกาย จึงเป็นนวัตกรรมเชิงพฤติกรรมที่ตอบโจทย์ โดยช่วยแก้ปัญหาการเข้าถึง (accessibility) โดยลดอุปสรรคด้านอุปกรณ์และสถานที่ โดยกิจกรรมรำวงไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายราคาแพงหรือเครื่องมือที่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกและสามารถออกกำลังกายได้ยาวนานขึ้นตามเป้าหมาย (35–45 นาที) ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นกรอบทฤษฎีการกำกับตนเองของแบนดูราในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการรำวงประกอบเพลงรำวงเมืองเพชรบุรีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ 2 ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี และกลุ่มควบคุม

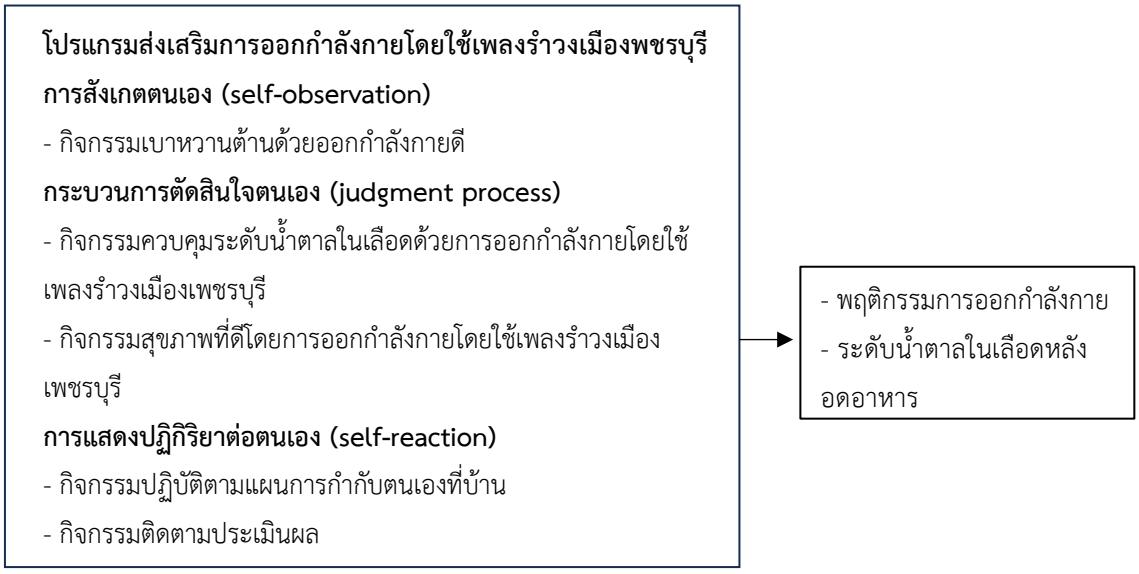
สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ลดต่ำลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกแบบกิจกรรมตามทฤษฎีการกำกับตนเอง (self -regulation) ของ Bandura (1986) ซึ่งมีความเชื่อว่าบุคคลเราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และควบคุมการกระทำของตนเอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยผ่าน 3 กระบวน ดังนี้ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) ซึ่งเป็นการที่บุคคลเฝ้าสังเกต สำรวจ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัจจัยแวดล้อม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้ (self-awareness) โดยจัดกิจกรรม “เบาหวานต้านด้วยออกกำลังกายดี” ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและสะท้อนพฤติกรรมการออกกำลังกายดั้งเดิมของตนเอง ร่วมกับการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายรายบุคคล 2) กระบวนการตัดสินใจตนเอง (judgment process) โดยมีการข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือมาตรฐานส่วนบุคคล (personal

standards) เพื่อประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์อุปสรรคเป็นรายบุคคล ผ่านกิจกรรม “ควบคุมน้ำตาลด้วยรำวงเมืองเพชร” ผู้ป่วยฝึกทักษะ 8 ท่ารำวงประยุกต์ และตัดสินใจเลือกวางแผนจัดเวลาการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของตนเอง และกิจกรรม “สุขภาพที่ดีโดยการออกกำลังกาย” โดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ผู้ป่วยเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอุปสรรคจากการรำวงในระยะเริ่มต้น และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) โดยมีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อผลการประเมินตนเอง ผ่านการเสริมแรง (reinforcement) ทั้งจากภายในและภายนอก เพื่อสร้างความคงอยู่ของพฤติกรรม โดยกิจกรรม “ปฏิบัติตามแผนการกำกับตนเองที่บ้าน” ผู้ป่วยออกกำลังกายรำวงที่บ้าน 3–5 วัน/สัปดาห์ พร้อมจดบันทึกในสมุดกำกับตนเอง โดยได้รับแรงเสริมจากการติดตามกระตุ้นทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย และกิจกรรม “ติดตามประเมินผล” การประเมินความสำเร็จ ร่วมกับการมอบคำชมเชย/รางวัลเสริมแรงเชิงบวก ซึ่งช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และสร้างความภาคภูมิใจ และมีการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน 2 มีนาคม – 19 มิถุนายน 2569 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 1,197 คน (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2025)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.122 (Faul et al., 2007) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Ongnok and Thanasilp (2021) เท่ากับ .56 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 82 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีระดับน้ำตาล HBA1C > 7 mg% ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) คะแนนมากกว่า 24 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป มีโทรศัพท์มือถือที่มีสามารถติดต่อได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่กำหนด กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัยและขาดการติดต่อ 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ 3) ย้ายที่อยู่หรือสถานบริการ และเกณฑ์ในการยกเลิกจากงานวิจัย (discontinues criteria) คือ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเกิน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของทฤษฎีการกำกับตนเอง (self -regulation) (Bandura, 1986) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีท่าออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีเป็นทางวัฒนธรรมทางดนตรีพื้นบ้านที่สำคัญยิ่งของจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสะท้อนถึงวิถีชีวิต ความบันเทิงพื้นบ้าน และเอกลักษณ์ของชาวเมืองเพชรอย่างชัดเจน มีทำนองมาจากเพลงโทน และ เพลงรำวงโบราณของภาคกลาง โดยนำมาปรับแต่งโครงสร้างจังหวะให้เข้ากับเครื่องดนตรีสากลผสมผสานกับเครื่องดนตรีไทย ที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดเอกลักษณ์ของท้องถิ่นที่มีการเชิดชูเมืองเพชรบุรี (Suriyawong, 2020) มีคำร้อง/ทำนอง โดยยืนยง แนวธงชัย และปีเตอร์–แนนซี่ ท็อปไลน์ เป็นผู้ขับร้อง มีความยาวของเพลง 5 นาที 12 วินาที (NANCY Kularb Roi Ratsami Official, 2016) ซึ่งผู้วิจัยและคณะได้มีท่าออกกำลังกายประกอบเพลง จำนวน 8 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ระบำแม่น้ำเพชร ท่าที่ 2 ท่ารำวนรอบศาลหลักเมือง ท่าที่ 3 ท่าโบกมือรับลมเมืองเพชร ท่าที่ 4 ท่าจีบมือกวักน้ำคลอง ท่าที่ 5 ท่ารำวงบ้านปืน ท่าที่ 6 ท่าข้าวแช่เมืองเพชร ท่าที่ 7 ท่าลมยอดเขากวาดวารี และท่าที่ 8 ท่ากวาดฟ้าเมืองเพชร ผ่าน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) เบาหวานต้านด้วยออกกำลังกายดี 2) ควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี 3) สุขภาพที่ดีโดยการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี 4) ปฏิบัติตามแผนการกำกับตนเองที่บ้าน และ 5) ติดตามประเมินผล

1.2 แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกการปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และดัชนีมวลกาย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์ (เป็นประจำ) 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 3–4 วันต่อสัปดาห์ (บ่อยครั้ง) 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 1–2 วันต่อสัปดาห์ (บางครั้ง) 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 1–2 ครั้งต่อเดือน (นานๆ ครั้ง) และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยในรอบเดือน/ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย เป็น 5 ระดับ (Intharakamhaeng, 2017)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนทำการตรวจ โดยผู้วิจัยทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (fingertip capillary blood glucose test) และใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (automated blood glucose meter) รุ่น Vivo Check Fad และควรหลังการออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการออกกำลังกายร่วมกับศิลปวัฒนธรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน และนักกายบำบัดที่ชำนาญเรื่องการออกกำลังกาย จำนวน 1 ท่าน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .93 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านกุ่ม จำนวน 20 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .81

เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (automated blood glucose meter) รุ่น Vivo Check Fad มีการสอบเทียบ (calibration) ทุกครั้งที่ใช้งานโดยการตรวจสอบความแม่นยำด้วยน้ำยาควบคุม (control solution test) โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกอาสาสมัครและแจ้งระยะเวลาการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งช่องทางติดต่อผู้วิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

- กลุ่มควบคุม ภายหลังเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) ให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองและรับการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในสัปดาห์ที่ 12 นัดหมายเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยการเจาะปลายนิ้ว และตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

- กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี

ครั้งที่/กิจกรรม	แนวคิด	รายละเอียด
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เบาหวานต้านด้วยออกกำลังกายดี (2 ชั่วโมง)	การสังเกตตนเอง (self-observation)	กิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ณ รพ.สต.ธงชัย 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี เพื่อให้ตระหนักและยอมรับถึงประโยชน์ของการป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน 2. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และสะท้อนพฤติกรรมการออกกำลังกายรายบุคคล 3. แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี 4. ตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีให้เหมาะสมกับตนเอง 5. สาธิตออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี และให้ฝึกการออกกำลังกายโดยใช้รำวงเมืองเพชรบุรี จำนวน 8 ท่า
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี (1 ชั่วโมง)	กระบวนการตัดสินใจ (judgment-process)	กิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ณ รพ.สต.ธงชัย 1. ประเมินอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยง่าย สายตาพร่ามัว มองไม่ชัด ชาปลายมือปลายเท้า แผลที่เท้า วัดระดับความดันโลหิต ก่อนออกกำลังกาย 2. ออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี จำนวน 8 ท่า 3. เล่าถึงการออกกำลังกายตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่อย่างไร เพื่อวางแผนให้เหมาะสม

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่/กิจกรรม	แนวคิด	รายละเอียด
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 สุขภาพที่ดีโดยการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี (2 ชั่วโมง)	กระบวนการตัดสินใจ (judgment-process)	กิจกรรมกลุ่มละ 11-12 คน ณ รพ.สต.ธงชัย 1. กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Peer Reflection): นำข้อมูลของตนเองมาพูดคุยเปรียบเทียบกับเกณฑ์สุขภาพดีและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม 2. เล่าประสบการณ์การกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรีที่ผ่านมา 3. ทบทวนการกำกับตนเองในการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ด้านการสังเกตตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองทบทวนการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายโดยใช้รำวงเมืองเพชรบุรี และการตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายต่อสัปดาห์
ครั้งที่ 4-11 สัปดาห์ที่ 4-11 ปฏิบัติตามแผนการกำกับตนเองที่บ้าน (45 นาที)	การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction)	รายบุคคล ที่บ้าน 1. กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเต้นรำวงเมืองเพชรบุรีไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง โดยเปิดเพลงรำวงเมืองเพชรบุรีที่เตรียมไว้ พร้อมจดบันทึกในสมุดกำกับตนเอง 2. ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี
ครั้งที่ 12 สัปดาห์ที่ 12 ติดตามประเมินผล (2 ชั่วโมง)	การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction)	กิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 11-12 คน ณ รพ.สต.ธงชัย 1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อประเมินผลเการกำกับตนเองในการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2. หลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัย แจ้งผลลัพธ์ที่สำเร็จให้กับกลุ่มทดลองได้ทราบ ร่วมกับการมอบคำชมเชยให้เกิดความภาคภูมิใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบ Chi-square และ Independent t-test ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของพฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้

สถิติ Wilcoxon signed- rank และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เอกสารรับรองเลขที่ คจม.พบ. 009/2569 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลการวิจัยไว้ 1 ปี และทำลายโดยการลบไฟล์ทิ้งแบบถาวรและไม่สามารถกู้คืนข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.17 อายุเฉลี่ย 64.27 ปี (*SD* = 11.28) ส่วนใหญ่แต่งงาน ร้อยละ 65.65 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 43.90 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.47 ปี (*SD* = 5.96) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.12 กิโลกรัม/เมตร^2 (*SD* = 3.92) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.17 อายุเฉลี่ย 60.56 ปี (*SD* = 8.08) ส่วนใหญ่แต่งงาน ร้อยละ 68.29 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.54 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 39.02 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.80 ปี (*SD* = 5.60) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.00 กิโลกรัม/เมตร^2 (*SD* = 3.69) ผลการทดสอบข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n =41)		กลุ่มควบคุม (n =41)		การทดสอบ	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00[a]	1.00
หญิง	30	73.17	30	73.17		
ชาย	11	26.83	11	26.83		
อายุ (ปี)	*M* = 64.27, *SD* = 11.28		*M* = 60.56, *SD* = 8.08		1.71[b]	.09
สถานภาพสมรส					1.05[a]	.16
มีคู่สมรส	27	65.65	28	68.29		
โสด	6	14.63	7	17.07		
แยกกันอยู่/หย่า	8	19.51	6	14.63		
ระดับการศึกษา					1.62[a]	.80
ประถมศึกษา	23	56.10	24	58.54		
มัธยมศึกษา	9	21.95	9	21.95		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	9	21.95	8	19.51		

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n =41)		กลุ่มควบคุม (n =41)		การทดสอบ	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					4.85[a]	.71
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	43.90	16	39.02		
รับจ้าง	9	21.95	10	24.39		
เกษตรกร	8	19.51	8	19.51		
รับราชการ	6	14.63	7	17.07		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)	*M* = 6.47, *SD* = 5.96		*M* = 6.80, *SD* = 5.60		.25[b]	.80
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2)	*M* = 25.12, *SD* = 3.92		*M* = 24.00, *SD* = 3.69		1.86[b]	.67

[a] Chi-square-test, [b] independent t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 6.05, p < .01)และมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -4.97, p < .01) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายและค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 41)			หลังทดลอง (n = 41)			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Med*	*M*	*SD*	*Med*		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.00	.94	45.06	4.66	.27	61.93	6.05**	< .01
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร	129.27	26.89	42.51	110.80	33.22	34.72	-4.97**	< .01

**< .01

3. การเปรียบเทียบคะแนนคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายและค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี และกลุ่มที่ควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 7.78, p < .01) และค่าน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -2.58, p <.01) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายและค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 41)			กลุ่มควบคุม (n = 41)			*Z*	*p*-value
	M	*SD*	*Med*	*M*	*SD*	*Med*		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	4.66	.27	61.93	3.09	.41	21.07	7.78**	< .01
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร	110.80	33.22	34.72	130.22	33.22	48.28	-2.58**	< .01

**< .01

การอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ส่งผลให้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องมาจากโปรแกรมมีการออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ของ Bandura (1986) ซึ่งได้อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่ได้เกิดจากการเสริมแรงและการลงโทษจากปัจจัยภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่บุคคลเราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และควบคุมการกระทำของตนเอง ผ่านกระบวนการกำกับตนเอง โดยมีการสังเกตตนเอง (self-observation) การให้กลุ่มทดลองรับรู้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการออกกำลังกาย จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งยังช่วยให้เกิดการสังเกตและทบทวนพฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองในที่ผ่านมา ซึ่งการรับรู้และสังเกตตนเองนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายด้วยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการประเมินความสามารถของตนเอง และการเทียบเคียงกับสมาชิกในกลุ่ม ครั้งละ 45 นาที จำนวน 4-7 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการสังเกตพฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองในปัจจุบัน มีการตัดสินใจ (Judgment-process) จากการประเมินผลพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ประสบผลสำเร็จเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งของตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองเห็นคุณค่าของการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี มีการตัดสินใจวางแผนการออกกำลังกาย และเตือนตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองเห็นความชัดเจน และความต่อเนื่องของการออกกำลังกายจนครบ 12 สัปดาห์ รวมทั้ง มีการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นกระบวนการจูงใจหรือการเสริมแรงจากภายในกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยเพลงรำวงเมืองเพชรบุรีอย่างต่อเนื่อง โดยการบันทึกคำชื่นชมตนเอง การได้แสดงความรู้สึกผ่านสังคมออนไลน์ หรือการให้รางวัลด้วยสิ่งของสำหรับตนเอง เมื่อสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมาย ทั้งด้านการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแบบ (model) เพื่อเสริมแรง และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทดลองที่ยังไม่ประสบ

ผลสำเร็จ เกิดความมุ่งมั่นปฏิบัติกิจกรรม ดังผลการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Hennessy et al. (2020) พบว่าการกำกับตนเองเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มีการจัดการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของ Woranam et al (2021) ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เป้าหมายและเกิดความต่อเนื่อง

ผลการวิจัยยังพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ส่งผลให้มีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมภายใต้โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Bandura, 1986) ได้แก่ การสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง การตอบสนองต่อตนเอง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง อาจช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น จากการใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ถือเป็นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (aerobic exercise) รูปแบบหนึ่งที่ผสมผสานศิลปะวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับวิทยาศาสตร์การกีฬา ซึ่งมีท่าประกอบเพลงที่มีจังหวะสนุกสนาน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสนุก คลายเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มความจำ มีสภาพจิตใจสดชื่นแจ่มใส (Makphin et al., 2020) การออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทำให้มีการการหดตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการนำน้ำตาลกลับเข้าสู่เซลล์โดยไม่ต้องอาศัยอินซูลินได้ดียิ่งขึ้น (insulin-independent glucose uptake) ส่งผลให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Woranam et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phinyo et al. (2020) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำพื้นบ้านอีสานประยุกต์ต่อสมรรถภาพทางกายและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างแบบปิดบัง (blind) ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อาจมีการลำเอียง และปรากฏการณ์พฤติกรรมที่ดีขึ้น จากผลของการพบปะทางสังคม การได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึก และทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ช่วยลดความเครียด ความเหงา และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้สภาวะอารมณ์และสุขภาพจิตดีขึ้น รวมทั้ง มีการติดตามผลลัพธ์เพียง 3 เดือน จึงไม่เพียงพอสำหรับการยืนยันความคงอยู่ของพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้เพลงรำวงเมืองเพชรบุรี ไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในคลินิกโรคเบาหวาน (NCDs clinic) เป็นกิจกรรมกลุ่ม (group medical visit) ก่อนการตรวจรักษา รวมทั้ง

ส่งเสริมให้เกิด "ชมรมรำวงเบาหวาน" ในชุมชน โดยประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสนับสนุนงบประมาณ เครื่องเสียง หรือสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายร่วมกันได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ที่มีการศึกษาติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี รวมทั้ง การติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด สมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Chouwai, S., Suebsoontorn, W., Ruanphet, K., & Nimit-arnun, N. (2024). The effect of self-efficacy perception enhancing program towards square stepping exercise on exercise behaviors with pre-diabetes mellitus. *Christian University Journal, 30*(1), 123-136. (in Thai)

Chunkum, S. (2024). *Effects of Thai dance meditation exercise on glycemic control and renal function in elderly with diabetic kidney disease* [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/74794 (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Gallardo-Gómez, D., Salazar-Martínez, E., Alfonso-Rosa, R. M., Ramos-Munell, J., Del Pozo-Cruz, J., Del Pozo Cruz, B., & Álvarez-Barbosa, F. (2024). Optimal dose and type of physical activity to improve glycemic control in people diagnosed with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care, 47*(2), 295-303. https://doi.org/10.2337/dc23-0800

Genitsaridi, I., Salpea, P., Salim, A., Sajjadi, S. F., Tomic, D., James, S., Thirunavukkarasu, S., Issaka, A., Chen, L., Basit, A., Luk AOY, Ma R. C. W., Mbanya, J. C., Ramachandran, A., Wild, S. H., Duncan, B. B., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2026). 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: Global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *14*(2), 149-156. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(26)00238-X

Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart-James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: A systematic meta-review of meta-analyses, 2006-2017. *Health Psychology Review*, *14*(1), 6-42. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654

Intharakamhaeng, A. (2017). *Health literacy: Measurement and development*. Sukhumvit Printing. (in Thai)

Jivaramonaikul, T. (2026). Situation of glycemic control (HbA1c) among diabetic patients in Thailand, 2022-2025. *Weekly Epidemiological Surveillance Report, 57*(5), e7899. (in Thai)

Kaewcha, A. (2017). The effects of Hulahoop exercise on hemoglobin A1C level and health-related physical fitness in people with type 2 diabetes mellitus. *Mahasarakham Hospital Journal, 14*(1), 99-106. (in Thai)

Makphin, H., Thanakkhasaranee, W., Banyam, T., Charoensuk, S., & Keawnongsamed, T. (2020). Effects of applied Thai Songdam Dance Exercise on quality of life in elderly persons with hypertension and risk of stroke. *Christian University Journal, 26*(1), 28-41. (in Thai)

Mohd, S., Kumar, L. L., Harish, V., Kumar, R., Chaudhary, A. K., & Sharma, V. (2025). Understanding diabetes mellitus: Complications, novel targets, and advancement in treatment strategies. *Obesity Medicine*, *58*, 100652. https://doi.org/10.1016/j.obmed.2025.100652

NANCY Kularb Roi Ratsami Official. (2016, April 11). *Ramwong Mueang Phet – Peter & Nancy Topline* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=4gbrOGhJkWA

Ongnok, L., & Thanasilp, S. (2021). The effect of self-management program emphasizing on the arm swing exercise on hemoglobin A1C level among diabetic retinopathy patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 34*(3), 1-14. (in Thai)

Phinyo, K., Phinyo, P., Aphiphatkan, W., Pangsuk, P., Niyomsat, Y., Janhauna, S., & Mahem, K. (2020). Effects of the North Eastern (Esan) Thai Folk Dance exercise program on physical fitness and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(3), 1-14. (in Thai)

Promchaiman, J. (2023). The Effects of self-management program for knowledge and elastic resistance exercise behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Graduate Research Development and Innovation, 1*(1), 8-20. (in Thai)

Suriyawong, K. (2020). The adaptation of the folk media: Ramwong Yonyook Phetchaburi. *Hurakij Pundit Communication Arts Journal, 14*(2), 167-197. (in Thai)

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J., Bourdeaudhuij, I. D., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine, 13*(1), 84. https://doi.org/ 10.1186/s12916-015-0323-6

Thai Health Promotion Foundation. (2024). *Diabetes situation in Thailand 2024*. Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)

Tomic, D., Shaw, J. E., & Magliano, D. J. (2022). The burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology*, *18*(9), 525-539. https://doi.org/10.1038/s41574-022-00690-7

Woranam, D., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2021). Effects of self-regulation program on eating behavior, exercise behavior, and blood sugar level among people at high risk of diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, *32*(1), 32-47. (in Thai)

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 123-139

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

The Effects of a Resilience Enhancement Program on Depression among Older Adults with Chronic Illnesses

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช[1], เยาวลักษณ์ มีบุญมาก[2], ดวงหทัย ยอดทอง[1]*

Preedanan Prasitvej[1], Yaowaluck Meebunmark[2], Duanghathai Yodthong[1]*

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

(Received: September 8, 2026; Revised: October 29, 2026; Accepted: November 4, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง (Z = 4.801, p < .001) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 6.805, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Z = .531, p = .595)

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรนำโปรแกรมไปใช้จัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครบตามองค์ประกอบ I Am, I Have และ I Can ร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกัน และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, การดูแลสุขภาพในชุมชน

---

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

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine changes in depression levels among older adults with chronic illnesses following participation in a resilience enhancement program and to compare depression levels between those receiving the program and those receiving usual nursing care. The sample comprised 60 older adults with chronic illnesses and mild-to-moderate depression, equally assigned to an experimental group and a control group (30 participants per group). The research instruments consisted of a resilience enhancement program and the Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15), which had a content validity index (CVI) of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .80. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results showed that depression scores in the experimental group significantly decreased after participation in the program (Z = 4.801, p < .001). The reduction in depression scores was significantly greater in the experimental group than in the control group (Z = 6.805, p < .001). In contrast, no statistically significant difference in depression scores was found in the control group (Z = .531, p = .595).

Nurses and healthcare personnel in primary care units should integrate this program into routine depression screening and care for older adults with chronic illnesses. Group activities should be organized to strengthen the three components of resilience: I Am, I Have, and I Can. Collaboration with family members and village health volunteers is also recommended to support the prevention and reduction of depression among community-dwelling older adults with chronic illnesses.

Keywords: Resilience enhancement program, Depression, Older adults, Chronic illnesses, Community health care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) และกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged Society) ในอนาคตอันใกล้ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2024) รายงานว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุไทยมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโรคเรื้อรังดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุอีกด้วย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุ

ทั่วไป โดยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 22.60 อีกทั้งอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่น (Department of Mental Health, 2025) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2023 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 14.75 มีความผิดปกติทางจิต โดยพบภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด (World Health Organization, 2026) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยที่ดำเนินต่อเนื่อง และการสูญเสียบทบาททางสังคม (Akyurek et al., 2025) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากอาการหลายประการถูกตีความว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือถูกบดบังด้วยอาการทางกายของโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว (Albert et al., 2025; Neo et al., 2024)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรุนแรงและระยะเวลาของโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียบทบาททางสังคม การพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกไร้คุณค่า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึง การขาดทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม (Shao et al., 2019; Muhammad & Maurya, 2022) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความภาคภูมิใจในตนเอง และการมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (Uanlam & Panphoklang, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) (Grotberg, 1995) อธิบายว่า บุคคลสามารถปรับตัว ฟื้นตัว และก้าวผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิตได้ ผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีแหล่งสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม (I Have) การมีคุณลักษณะภายในที่เข้มแข็ง เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองและความหวัง (I Am) และการมีทักษะในการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can) ทั้ง 3 องค์ประกอบถือเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจที่สำคัญในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า โดย American Psychological Association (2020) ระบุว่า ความเข้มแข็งทางใจสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดำเนินอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงมีภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Färber & Rosendahl, 2020) รวมทั้ง โปรแกรมที่เน้นการฝึกสติ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ye et al., 2024; Garg et al., 2025) สำหรับ

การศึกษาในประเทศไทย รายงานว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Ananchaipattana et al., 2025) และโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Puttharod & Sillapagumpised, 2021)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเชิงป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ นอกจากนี้ โปรแกรมที่ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย ขณะที่งานวิจัยภายในประเทศมีจำนวนจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงได้ อีกทั้ง ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ I Have, I Am และ I Can ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ภายใต้บริบทของชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดเพชรบุรีอย่างเป็นระบบ

จังหวัดเพชรบุรี ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและตรวจพบภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก โดยอำเภอเมืองเพชรบุรีพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 234 ราย และอำเภอเขาย้อยจำนวน 165 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน แม้ว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จะมีการดำเนินงานคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q แต่แนวทางการดูแลส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการติดตามอาการ การให้คำแนะนำ และการส่งต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ขณะที่การดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้นในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปรับตัว เพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

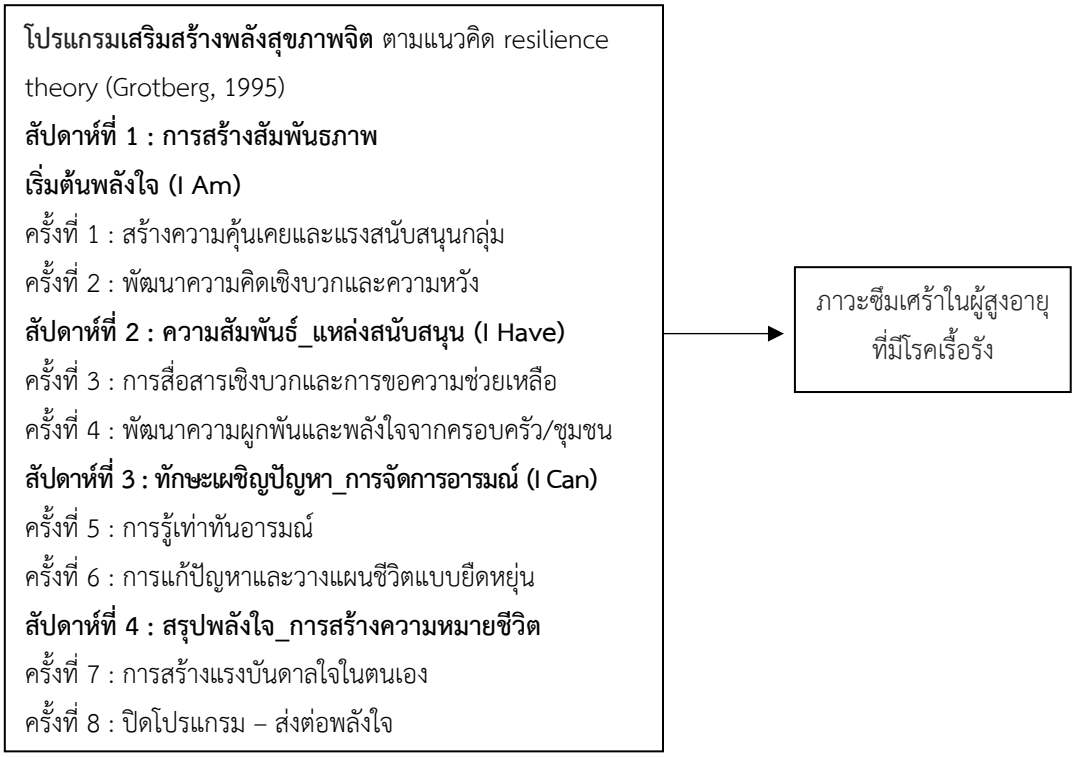
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จะมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงจากก่อนการได้รับโปรแกรม และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประยุกต์ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) ของ Grotberg (1995) ซึ่งอธิบายว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นศักยภาพที่บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาเพื่อปรับตัวและฟื้นตัวจากความเครียด ความสูญเสีย และความยากลำบากได้อย่างเหมาะสม มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I Have: แหล่งสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม I Am: คุณลักษณะภายในของบุคคล เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความหวัง และการยอมรับตนเอง และ I Can: ความสามารถในการเผชิญปัญหา จัดการอารมณ์ สื่อสาร แก้ปัญหา ขอความช่วยเหลือ และตัดสินใจอย่างเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยในเดือนสิงหาคม 2569 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2569

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) คะแนนอยู่ในช่วง 7–18 คะแนน และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คะแนนเท่ากับ 0 (Department of Mental Health, 2014) ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี และขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1 สำหรับสถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) การทดสอบทางเดียว (Faul et al., 2009) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test; 1–β) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมของชุมชนได้ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ดี สื่อสารภาษาไทยได้ 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครบทุกกิจกรรม และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่วิจัย 2) มีอาการของโรคกำเริบหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 3) เมื่อประเมินซ้ำก่อนเริ่มโปรแกรมพบคะแนน 9Q ≥ 19 หรือคะแนน 8Q มากกว่า 0 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยจะส่งต่อพบแพทย์ทันที และผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รายอื่นเข้ามาแทน และกำหนดเกณฑ์การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย (discontinuation criteria) ได้แก่ 1) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 8 ครั้ง 3) ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และ 4) ระหว่างการวิจัยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยจะส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามระบบทันที

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์จากฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปีงบประมาณ 2568 โดยคัดเลือกอำเภอที่มีข้อมูลรายงานสถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอเขาย้อย และเลือกตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากเพียงพอ คือ ตำบลบางจาก ซึ่งเป็นตัวแทนของอำเภอเมือง และตำบลหนองชุมพล เป็นตัวแทนของอำเภอเขาย้อย และจับฉลากเลือกตำบลบางจาก เป็นกลุ่มทดลอง และ ตำบลหนองชุมพล เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันทั้งด้านลักษณะประชากร รูปแบบบริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุตามปกติ รวมทั้ง มีระยะห่างโดยประมาณ 24 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยการจับฉลากอย่างง่าย แห่งละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2014) ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” หากตอบ “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และประเมินต่อแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อละ 0–3 คะแนน คะแนนรวม 0–27 คะแนน แปลผลดังนี้

< 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยมาก
7–12 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
13–18 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรง

1.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ใช้เมื่อคะแนน 9Q ≥ 7 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย
1–8 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
9–16 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 17 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรง

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg, 1995) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ๆ ละ 60–90 นาที) ดังตาราง 1

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และปัญหาชีวิตที่เผชิญ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) ของ Wongpakaran et al. (2013) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ โดยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 11 และ 13 หากตอบไม่ใช่ จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 และ15 หากตอบใช่ จะได้ 1 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-15 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การแปรผลคะแนน ดังนี้

คะแนน > 5 คะแนน หมายถึง ปกติ

คะแนน 6 – 10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามอาการหรือรับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11 – 15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) ของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าเท่ากับ .96 ส่วนโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาและรูปแบบกิจกรรม จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนใช้จริง ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

- ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยขอให้ช่วยประสานงานพื้นที่ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และขอความยินยอมในการคัดกรองจากคำถาม 2Q 9Q โดยเลือกผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนจากคำถาม 9Q ระหว่าง7-18 คะแนน) และไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (คะแนนจากคำถาม 8Q = 0) ได้จำนวนกลุ่มทดลอง และควบคุมกลุ่มละ 32 คน

- คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่ห้องให้คำปรึกษา ของรพ.สต.ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นวัดระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-15 ก่อนเริ่มโปรแกรม (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ระยะทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งๆละ 60–90 นาที รวม 8 กิจกรรม พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมาร่วมกิจกรรมไม่ครบ 8 ครั้ง และขอออกจากการวิจัยด้วยติดภาระกิจ จึงเหลือจำนวนกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของ รพ.สต.บ้านหนองโพธิ์ชุมพล ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q การให้คำแนะนำ การติดตาม

อาการ และการส่งต่อเมื่อมีอาการรุนแรง โดยดำเนินการคู่ขนานไปพร้อมกับกลุ่มทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน กลุ่มควบคุมไม่ได้มาในวันนัดสรุปทดสอบหลังทดลอง 2 คน จึงเหลือ 30 คนเช่นกัน

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

สัปดาห์	ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
1 เริ่มต้นพลังใจ: การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง (I Am)	1. สร้างความคุ้นเคยและแรงสนับสนุนกลุ่ม	- กิจกรรมต้อนรับสมาชิก (รายกลุ่มใหญ่) ทำความรู้จักและแลกเปลี่ยนเรื่องที่ภูมิใจในชีวิตคนละ 1 เรื่อง - กิจกรรม “ฉันคือคนแบบไหน” (กลุ่มย่อย) สมาชิกเล่า “ความดีของฉัน” ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง - กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง (self-esteem boosting) เป็นกิจกรรมรายบุคคล ⟶ กลุ่มย่อย แต่ละคนเล่า “สิ่งดี ๆ ที่ฉันทำให้ครอบครัว/ชุมชน” ผู้วิจัยสะท้อนคุณค่าที่ค้นพบ (positive feedback)
	2. พัฒนาความคิดเชิงบวกและความหวัง	- กิจกรรม “เรื่องดี ๆ ในชีวิตฉัน” (โดยการจับคู่) ระลึกเหตุการณ์ดี ๆ 3 เรื่อง และเล่าให้คู่สนทนาฟัง - แบบฝึกทักษะความคิดบวก (กลุ่มย่อย) พิจารณาภาพเหตุการณ์ยาก ๆ แล้วช่วยกันหา “ข้อดีที่อาจพบได้” ผู้วิจัยกระตุ้นให้เปลี่ยนความคิดลบเป็นความคิดเชิงสร้างสรรค์ - การยืนยันคุณค่าในตนเอง (affirmation) (กลุ่มใหญ่) อ่านข้อความย้ำกำลังใจร่วมกัน เช่น “ฉันมีคุณค่าและมีความหมาย” - มอบหมายการบ้าน (รายบุคคล) บันทึกสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวัน
2 ความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุน: การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (I Have)	3. การสื่อสารเชิงบวกและการขอความช่วยเหลือ	- ผังเครือข่ายสนับสนุน (support map) วาดผังบุคคลสำคัญที่ให้การช่วยเหลือ เช่น ลูก หลาน เพื่อน อสม. - การสื่อสารเชิงบวก (กลุ่มย่อย) ฝึกประโยค “ฉันรู้สึก... ฉันต้องการ...” และฝึกบทบาทสมมติการขอความช่วยเหลือ เช่น ขอให้ลูกพาไปโรงพยาบาล - แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ (กลุ่มใหญ่) สมาชิกเล่าประสบการณ์การขอความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
	4. พัฒนาความผูกพันและพลังใจจากครอบครัว/ชุมชน	- กิจกรรม “สมุดความทรงจำที่มีค่า” (กลุ่มย่อย) เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกรักและผูกพันกับครอบครัว/ชุมชน - บันทึกขอบคุณ (gratitude card) เขียนข้อความขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น คนในครอบครัว อสม. เพื่อนบ้าน พยาบาล และเลือกว่าจะมอบหรือเก็บไว้เป็นกำลังใจ - กำลังใจจากกลุ่ม (กลุ่มใหญ่) อสม. ร่วมให้กำลังใจในฐานะ “สะพานเชื่อมบ้าน–รพ.สต.” และสมาชิกพูดให้กำลังใจเพื่อนคนละ 1 ประโยค

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
3 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can)	5. การรู้เท่าทันอารมณ์	- ฝึกหายใจอย่างมีสติ (กลุ่มใหญ่) ฝึกหายใจรู้สติครั้งละ 3 นาที - ประเมินอารมณ์ประจำวัน สำรวจและบันทึกอารมณ์ของตนเอง - กิจกรรม “เมื่อฉันโกรธ/เศร้า – ฉันทำอย่างไร” (กลุ่มย่อย) แลกเปลี่ยนวิธีจัดการอารมณ์ที่ได้ผล - การฝึกสติผ่านการฟังเสียงธรรมชาติ (กลุ่มใหญ่) เช่น เสียงนก เสียงลม
	6. การแก้ปัญหาและวางแผนชีวิตแบบยืดหยุ่น	- เทคนิคแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน (กลุ่มย่อย) ระบุปัญหา คิดทางเลือก เลือกวิธีและลงมือทำ โดยใช้ปัญหาจริง เช่น เจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล แต่ไม่มีคนพาไป - ตั้งเป้าหมายสุขภาพที่ทำได้จริง (SMART goal) (รายบุคคล) ตามหลัก 4อ. 2ล. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัย เลิกบุหรี่ เลิกสุรา) เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกายและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) - การบ้านบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมาย 4อ. 2ล. ที่ทำได้ในแต่ละวัน
4 สรุปพลังใจและการสร้างความหมายชีวิต (บูรณาการ I Am, I Have, I Can)	7. การสร้างแรงบันดาลใจในตนเอง	- ทบทวนความก้าวหน้า (กลุ่มย่อย) นำเสนอบันทึก 4อ. 2ล. ที่ทำได้ในแต่ละวัน และแผนการดูแลตนเองรายบุคคล - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กลุ่มใหญ่) ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ปัญหา-อุปสรรค และแนวทางแก้ไข
	8. ปิดโปรแกรม – ส่งต่อพลังใจ	- กิจกรรม “ต้นไม้แห่งความหวัง” (รายบุคคล ⟶ กลุ่มย่อย) เขียนสิ่งที่ทำให้มีกำลังใจลงบนกระดาษรูปใบไม้ และรวมเป็น “ต้นไม้ความหวังของกลุ่ม” - แลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับกำลังใจจากเพื่อน (กลุ่มย่อย) - พิธีมอบประกาศและถ่ายภาพร่วมกัน (กลุ่มใหญ่)

ระยะหลังการทดลอง ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-15 ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม (posttest) เป็นรายบุคคลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ ห้องประชุมของแต่ละรพ.สต. และภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้กับกลุ่มควบคุม 1 วันและมอบคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS-15) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และค่ามัธยฐาน (median: Md) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher’s Exact Test ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่ามีค่า $p < .05$ และพิจารณาร่วมกับกราฟ Histogram, Q-Q Plot และ ค่า Skewness, Kurtosis พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบแบบไร้พารามิเตอร์ (non-parametric statistics)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.032/2569 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2569 ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล เอกสารถูกจัดเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก และจัดเก็บไฟล์ข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัย การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัย 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.67) มีอายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 56.66) มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 50.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยทำงานบ้านเป็นหลัก (ร้อยละ 56.66) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.00) และปัญหาชีวิตที่เผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 40.00) สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 50.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยทำงานบ้านเป็นหลัก (ร้อยละ 46.66) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.33) และปัญหาชีวิตที่เผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 50.00) ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.612[(a)]
ชาย	1	3.33	3	10.00	
หญิง	29	96.67	27	90.00	
อายุ (ปี)					.564[(b)]
60-69	11	36.67	15	50.00	
70-79	17	56.66	14	46.67	
≥ 80	2	6.67	1	3.33	

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.083[(b)]
โสด	3	10.00	6	20.00	
สมรส	8	26.67	15	50.00	
หม้าย	15	50.00	8	26.67	
หย่า/แยก	4	13.33	1	3.33	
ระดับการศึกษา					.450[(b)]
ไม่ได้เรียน	0	0.00	2	6.67	
ประถมศึกษา	28	93.33	25	83.33	
มัธยมศึกษา	2	6.67	2	6.67	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.00	1	3.33	
อาชีพ					.631[(b)]
เกษตรกรรม	5	16.67	3	10.00	
รับจ้างทั่วไป	5	16.67	8	26.67	
ค้าขาย	3	10.00	5	16.67	
งานบ้าน	17	56.66	14	46.66	
รายได้ (บาท/เดือน)					.470[(b)]
<5,000	24	80.00	19	63.34	
5,001- 10,000	6	20.00	10	33.33	
>10,000	0	0.00	1	3.33	
ปัญหาชีวิตที่เผชิญ					.578[(b)]
ปัญหาการเงิน (เป็นหนี้)	9	30.00	8	26.67	
ปัญหาครอบครัว	4	13.33	1	3.33	
ปัญหาสุขภาพ	12	40.00	15	50.00	
ขาดคนดูแล	5	16.67	6	20.00	

(a) = Chi-square test, (b) = Fisher's Exact Test

2. ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.801, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน (Z = .531, p = .595) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

กลุ่ม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	8.50	2.432	7.50	2.90	1.242	3.00	4.801***	<.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	7.60	2.027	7.00	7.50	1.796	7.00	.531	.595

*** $p < .001$

3. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีระดับการลดลงของภาวะซึมเศร้า (Mean Rank = 45.30) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 15.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 6.000, Z = -6.805, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิผลในการช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ดีกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

กลุ่ม	n	Mean Rank	Sum of Ranks	*U*	*Z*	*p-value*
กลุ่มทดลอง	30	45.30	2.432	6.000	6.805***	<.001
กลุ่มควบคุม	30	15.70	471.000			

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต พบว่าระดับภาะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมฯมีภาวะซึมเศร้าลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่โปรแกรมได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) ของ Grotberg ซึ่งมุ่งส่งเสริมศักยภาพภายในของบุคคลผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง (I Am) การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (I Have) และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can) การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองต่อความเจ็บป่วย ลดความคิดเชิงลบ เกิดความหวัง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสำเร็จที่เคยเกิดขึ้นในชีวิต ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและลดความรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกัน การฝึกสติ การจัดการอารมณ์ และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์และรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakprom (2025) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ye et al. (2024) และ Ding et al. (2026) ที่รายงานว่ากิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดการเจริญสติและการปรับความคิดเชิงบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2019) ที่สรุปว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวต่อข้อจำกัดของโรค ลดผลกระทบทางจิตใจ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจสามารถเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิผล

2. การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากกระบวนการดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการคัดกรอง การติดตามอาการ และการส่งต่อเพื่อการรักษาเป็นหลัก ขณะที่โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมุ่งพัฒนาแหล่งพลังภายในและปัจจัยคุ้มครองทางจิตใจอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

การที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง และเรียนรู้ทักษะการจัดการปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติได้จริง ยังช่วยให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมชีวิตและมีความหวังต่ออนาคต อันเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Puttharod and Sillapagumpised (2021) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้ง ผลการศึกษาของ Garg et al. (2025) ที่รายงานว่าโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจและทักษะการเผชิญปัญหาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้ จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดค่อนข้างจำกัดและดำเนินการตามพื้นที่ อาจทำให้เกิดความแตกต่างด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ และการวัดตัวแปรทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยไม่มีการติดตามผลในระยะยาว (follow-up) ไม่สามารถยืนยันผลของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตไปใช้ต่อยอดจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มตามองค์ประกอบ I Am, I Have และ I Can ร่วมกับครอบครัวและ อสม. เพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยปรับรูปแบบกิจกรรมจากการบรรยายความรู้มาเป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นันทนาการ และกิจกรรมที่ทำให้ลูกหลานเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลในระยะยาว อย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และประสิทธิผลในระยะยาวของโปรแกรม รวมทั้งควรวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้บริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

Akyurek, G., Şimşek, R. D., & Arslan, Ö. B. (2025). Quality of life in older individuals with chronic diseases: The role of depression and daily functioning. *Geriatrics & Gerontology International*, *25*(10), 1301-1306. https://doi.org/10.1111/ggi.70141

Albert, U., Tomasetti, C., Antonelli Incalzi, R., Cicolin, A., Padovani, A., Zanetti, M., & Maina, G. (2025). Ipsa senectus morbus est? Approaching the unmet needs in geriatric depression: Results from a national survey of medical experts. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1583384. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1583384

American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. http://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience

Ananchaipattana, N., Pechkwang, D., & Glomjai, T. (2025). The relationships between resilience and stress among community-dwelling older adults. *Journal of Nursing and Health Research*, *26*(1), e276301. (in Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.

Department of Mental Health. (2014). *Guidelines for providing initial psychological support to older adults with depression*. Agricultural Cooperative Federation of Thailand. https://dmhpd.dmh.go.th/57-media-older-guidelines-for-basic-psychological-assistance-for-elderly-people-with-depression/ (in Thai)

Department of Mental Health. (2025). *Annual report 2025, Department of Mental Health,* https://dmh-elibrary.org/items/show/2113 (in Thai)

Ding, J., Ali, Z. M., Ibrahim, A. M., Atta, M. H. R., Khasawneh, M. A. S., & Ibrahim, F. M. (2026). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *92*, 102105. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2026.102105

Färber, F., & Rosendahl, J. (2020). Trait resilience and mental health in older adults: A meta-analytic review. *Personality and Mental Health, 14*(4), 361–375. https://doi.org/10.1002/pmh.1490

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using* G**Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Garg, R., Awasthi, S., & Gupta, N. (2025). Group-based mindfulness-based cognitive behavioral intervention for enhancing resilience and preventing depression and anxiety in at-risk elderly: A randomized controlled trial. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *43*(3), 47. https://doi.org/10.1007/s10942-025-00616-y

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation.

Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community, 27*(4), 797–807. https://doi.org/10.1111/hsc.12620

Ministry of Public Health. (n.d.). *Screening of the elderly: 9 domains (basic/community screen step 1)*. Health Data Center (HDC), Phetchaburi Provincial Public Health Office. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report (in Thai)

Muhammad, T., & Maurya, P. (2022). Social support moderates the association of functional difficulty with major depression among community-dwelling older adults: Evidence from LASI, 2017–18. *BMC Psychiatry, 22*, 313. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03959-3

Nakprom, S. (2025). Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people. *Journal of Science and Technology Northern*, *6*(3), 135–153. (in Thai)

National Statistical Office. (2024). *Report on the social situation in Thailand: First quarter of 2024*. Office of the Prime Minister. (in Thai)

Neo, J. W., Guo, X. Y., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Subramaniam, M., & Chen, C. (2024). Excess costs of depression among a population-based older adults with chronic diseases in Singapore. *BMC Public Health, 24*(1), 3119. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20306-1

Puttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2021). The effects of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. *NRRU Community Research Journal, 15*(1), 70–82. (in Thai)

Shao, J., Yang, H., Zhang, Q., Du, W., & Lei, H. (2019). Commonalities and differences in psychological adjustment to chronic illnesses among older adults: A comparative study based on the stress and coping paradigm. *International Journal of Behavioral Medicine, 26*(2), 143–153. https://doi.org/10.1007/s12529-019-09773-8

Uanlum, T., & Panpoklang, S. (2022). Predictive factors of resilience among elderly with non-communicable disease in Bang Phun 2 of Tambon Health Promoting Hospital, Muang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. *Journal of Health and Nursing Research*, *38*(2), 111–122. (in Thai)

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, *5*(2), 101–111. https://doi.org/10.4021/jocmr1239w

World Health Organization. (2026). *Mental health of older adults*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., Gue, J., & Xiao, A. (2024). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in late life: A meta-analysis. *Alpha Psychiatry*, *25*(1), 1-8. https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 140-154

บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

Experiences of Gastrointestinal Bleeding and Support Needs among Patients Admitted to Medical Wards: A Descriptive Qualitative Study

ผกามาศ พีธรากร[1], โสภา หมู่ศิริ[2]*

Phakamard Pheetarakorn[1], Sopa Moosiri[2]*

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

(Received: August 31, 2026; Revised: November 6, 2026; Accepted: November 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ตั้งแต่เริ่มมีอาการและการตัดสินใจเข้ารับการรักษา การรับรู้และความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ผลกระทบต่อชีวิต ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน และความต้องการการสนับสนุนรวมทั้งแบบบันทึกภาคสนาม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 2 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงเตรียมจำหน่ายระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2569 วิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัยตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman ควบคู่กับการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญอาการเลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ทำให้ตกใจ กลัว และตัดสินใจแสวงหาการรักษา 2) ความไม่แน่นอนและความกังวลระหว่างการรักษาเกี่ยวกับโรค หัตถการ การใช้ยา และผลกระทบต่อชีวิต 3) ความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและป้องกันเลือดออกซ้ำ โดยเฉพาะการจัดการยา อาหาร พฤติกรรมสุขภาพ สัญญาณอันตราย และการมาตรวจตามนัด

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

และ 4) ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล มิใช่ข้อมูลจากการติดตามที่บ้าน

ข้อค้นพบชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นรายบุคคลร่วมกับผู้ดูแล และการจัดช่องทางปรึกษาและติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร, ประสบการณ์ผู้ป่วย, ความต้องการการสนับสนุน

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to explore the experiences of gastrointestinal bleeding and the support needs of hospitalized medical patients. Twenty-two patients admitted to the medical wards of Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province, were purposively selected based on predefined inclusion criteria. The research instruments included a general information form, a semi-structured interview guide, and a field note form. The interview guide covered patients' experiences from symptom onset to seeking medical care; their perceptions and feelings regarding the illness and its treatment; the impact of the illness on daily life; their understanding of and confidence in self-care before hospital discharge; and their support needs. The instruments were reviewed by three experts, and the interview guide was pilot-tested with two patients with similar characteristics. In-depth interviews were conducted after patients had passed the acute phase of illness, during discharge preparation, between July and September 2026. Inductive content analysis based on Graneheim and Lundman's approach was conducted concurrently with data collection until data saturation was achieved.

Four main categories emerged: (1) experiencing unexpected bleeding symptoms, resulting in shock, fear, and decisions to seek medical care; (2) experiencing uncertainty and concerns during hospitalization regarding the illness, medical procedures, medication use, and the impact of illness on daily life; (3) lacking confidence in self-care and the prevention of recurrent bleeding, particularly in relation to medication management, dietary practices, health behaviors, recognition of warning signs, and attendance at follow-up appointments; and (4) needing clear information and ongoing support. Needs related to post-discharge self-care were expressed by patients during hospitalization and therefore did not represent findings from follow-up assessments conducted at home.

The findings highlight the importance of providing clear and understandable information, tailoring discharge preparation to individual patients' needs with caregiver

involvement and establishing accessible channels for consultation and continuous follow-up to address patients' concerns and support needs.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, Patient experiences, Support needs

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนล่างอยู่ระหว่าง 15.0–172.0 และ 20.5–87.0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยแตกต่างกันตามประชากรและนิยามที่ใช้ในการศึกษา (Saydam et al., 2023) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ร้อยละ 17.15 (Sirisunhirun, 2024) ส่วนผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างพบอัตราเลือดออกซ้ำร้อยละ 10.4 และกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 10.9 (Kulseth, 2024) ขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่า ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นกลับเข้ารักษาซ้ำจากทุกสาเหตุภายใน 30 วัน ร้อยละ 17.4 และกลับเข้ารักษาซ้ำเนื่องจากเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำร้อยละ 4.8 (Dunne et al., 2023) แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวมิใช่ค่าประมาณระดับประเทศ แต่สะท้อนความรุนแรงของภาวะเลือดออกและความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง นอกจากผลกระทบทางร่างกายผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารยังเผชิญความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนระหว่างการรักษา (Kiyak & Taskin, 2025)

การศึกษาทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น สะท้อนปัญหาความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และความจำเป็นของการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมก่อนจำหน่าย (Kaewphonphek, 2019) อย่างไรก็ตามการกลับเข้ารักษาซ้ำเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยจึงไม่ควรสรุปว่าเกิดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว การทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรับรู้ภาวะเลือดออกและการรักษาอย่างไร มีความกังวลเรื่องใด และต้องการความช่วยเหลือด้านใดจึงเป็นส่วนสำคัญของการดูแลควบคู่กับการรักษาทางกาย สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประเด็นที่ควรทำความเข้าใจเพื่อประกอบการเตรียมจำหน่ายได้แก่ ความเข้าใจสาเหตุและโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำ การใช้ยาและยาที่ควรหลีกเลี่ยง การปรับพฤติกรรม การสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา โดยควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนข้อจำกัดและความต้องการด้วยตนเอง แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในอุดมคติ (IDEAL discharge planning) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การตรวจสอบความเข้าใจด้วยวิธีสอนกลับ และการรับฟังข้อกังวลของผู้ป่วย (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017) แนวทางดังกล่าวสามารถใช้ประกอบการนำข้อมูลจากประสบการณ์ผู้ป่วยมาพัฒนาการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านให้เหมาะสมกับแต่ละราย หลักฐานที่ทบทวนข้างต้นแสดงให้เห็นอุบัติการณ์การเสียชีวิต การเกิดเลือดออกซ้ำ และการกลับเข้ารักษาซ้ำแต่ยังให้รายละเอียดไม่เพียงพอเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในบริบทที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้สึกและการรับรู้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ระหว่างรับการรักษา

จนถึงช่วงเตรียมกลับบ้าน การศึกษาเชิงลึกจากมุมมองของผู้ป่วยจึงจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยเห็นว่าจำเป็น และนำไปประกอบการให้ข้อมูล การดูแลระหว่างรักษา และการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ความต้องการด้านการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยสะท้อนขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร และความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทำความเข้าใจประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม โดย “ประสบการณ์การเผชิญ” หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบตั้งแต่เริ่มมีอาการเลือดออก การตัดสินใจเข้ารับการรักษา ระหว่างรับการตรวจรักษา จนถึงช่วงเตรียมจำหน่าย ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางสร้างคำถามสัมภาษณ์ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์การเจ็บป่วย สำรวจการรับรู้และการให้ความหมายต่ออาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือดตามประสบการณ์ของแต่ละราย ความรู้สึกต่อความรุนแรงของอาการ การตรวจรักษา และความกังวลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ 2) การดูแลตนเอง สำรวจวิธีจัดการเมื่อเริ่มมีอาการ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออก และข้อจำกัดที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเผชิญเมื่อกลับบ้าน และ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สำรวจความมั่นใจในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติและการขอความช่วยเหลือ ตลอดจนความต้องการข้อมูล การสนับสนุนจากครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ แนวคิดทั้งสามด้านใช้เพื่อเปิดประเด็นสนทนา มิใช่กรอบกำหนดคำตอบหรือหมวดหมู่การวิเคราะห์ ผู้วิจัยเปิดรับประเด็นอื่นที่ผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญ และวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัยจากบทสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนามตามแนวทางของ Graneheim and Lundman (2004) และ Elo and Kyngäs (2008) ซึ่งใช้กำกับกระบวนการวิเคราะห์ มิใช่กรอบทฤษฎีกำหนดข้อค้นพบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) (Doyle et al., 2020) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือส่วนล่าง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย หลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน

อยู่ในช่วงเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2569 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาความหลากหลายด้านเพศ อายุ ตำแหน่งเลือดออก และประสบการณ์เลือดออกครั้งแรกหรือออกซ้ำ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผ่านระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีภาวะเลือดออกต่อเนื่อง และได้รับการประเมินจากทีมผู้รักษาว่าพร้อมให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีข้อจำกัดในการให้ความยินยอมด้วยตนเองกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลตามความอิ่มตัวของข้อมูลรวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล มีภูมิหลังด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประสบการณ์มากกว่า 30 ปี และความพร้อมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ศึกษาแต่ไม่ได้รับผิดชอบการรักษาพยาบาลกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง

2. เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และการเตรียมจำหน่าย โดยมีแนวคำถามหลัก ได้แก่ “ขอให้เล่าตั้งแต่เริ่มมีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารว่าเกิดอะไรขึ้น และท่านทำอย่างไรจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล” “ท่านคิดและรู้สึกอย่างไรต่ออาการที่เกิดขึ้นและการตรวจรักษาที่ได้รับ” “การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลต่อชีวิตของท่านอย่างไรบ้าง” “ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองครั้งนี้อย่างไร และมีเรื่องใดที่ยังสงสัย” “เมื่อจะกลับบ้าน ท่านคิดว่าจะดูแลตนเองอย่างไร และคาดว่าอาจพบปัญหาหรือข้อจำกัดอะไรบ้าง” “ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงช่วงเตรียมกลับบ้าน ท่านได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง และต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในเรื่องใด จากใคร และอย่างไร” และ “มีประสบการณ์หรือเรื่องอื่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่ท่านอยากเล่าเพิ่มเติมหรือไม่”และแบบบันทึกภาคสนามซึ่งผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ลำดับคำถาม และการไม่ชี้นำคำตอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 2 ราย โดยไม่นำข้อมูลมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยผู้ให้ข้อมูลพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันและอยู่ในช่วงเตรียมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

2. การให้ข้อมูลและขอความยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว โดยยืนยันว่าไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคนที่หนึ่งสัมภาษณ์เชิงลึกในบริเวณที่เป็นส่วนตัวของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคมถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2569 สัมภาษณ์รายละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างและคำถามปลายเปิดที่ไม่ชี้นำ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการการสนับสนุนอย่างอิสระ

4. การบันทึกและตรวจสอบข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยินยอมให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจึงบันทึกเสียงร่วมกับบันทึกภาคสนาม ระหว่างและเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อ พร้อมเปิดโอกาสให้แก้ไข ชี้แจง หรือเพิ่มเติมข้อมูล และบันทึกสะท้อนคิดเพื่อทบทวนอคติของตนเอง

ขอบเขตและการสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ความต้องการด้านการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายเป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล มิใช่ข้อมูลจากการติดตามที่บ้าน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนมีหลักฐานยืนยันความอิ่มตัวของข้อมูลรวมผู้ให้ข้อมูล 22 ราย โดยไม่มีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพแบบอุปนัยตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman (2004) โดยมุ่งเนื้อหาที่ปรากฏ (manifest content) ไม่กำหนดรหัสหรือหมวดหมู่ล่วงหน้า และดำเนินการควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เตรียมและทำความเข้าใจข้อมูลถอดเสียงสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องกับไฟล์เสียงใช้บทสัมภาษณ์แต่ละรายทั้งฉบับเป็นหน่วยวิเคราะห์ และอ่านซ้ำเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม โดยใช้บันทึกภาคสนามประกอบการพิจารณาบริบทแยกข้อสังเกตออกจากคำบอกเล่า และไม่สรุปความรู้สึกจากพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

2. ระบุหน่วยความหมายและกำหนดรหัส ระบุข้อความที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนย่อหน่วยความหมายโดยคงสาระเดิม แล้วกำหนดรหัสที่สอดคล้องกับข้อมูลหากข้อความไม่ชัดเจนจะตรวจสอบซ้ำกับไฟล์เสียงและบริบทของบทสัมภาษณ์

3. จัดหมวดหมู่ข้อมูลเปรียบเทียบความเหมือน และความแตกต่างของรหัสภายในและระหว่างผู้ให้ข้อมูลเพื่อจัดเป็นหมวดหมู่ย่อยและหมวดหมู่หลักโดยไม่ใช้หัวข้อคำถามสัมภาษณ์เป็นกรอบจัดหมวดหมู่จากนั้นทบทวนกับข้อมูลต้นฉบับรวมถึงข้อมูลที่แตกต่างจากข้อสรุปเบื้องต้น เพื่อปรับขอบเขตและชื่อหมวดหมู่ให้ชัดเจน

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของการวิเคราะห์ผู้วิจัยคนที่หนึ่งลงรหัสและจัดหมวดหมู่เบื้องต้น ส่วนผู้วิจัยคนที่สองตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเมื่อมีความเห็นต่างจะร่วมกันทบทวนข้อมูลและอภิปรายจนได้ข้อสรุป พร้อมบันทึกเหตุผลในการปรับแก้

5. พิจารณาความอิ่มตัวของข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์แต่ละรายกับข้อมูลก่อนหน้าพบว่าเมื่อสัมภาษณ์รายที่ 20 ไม่ปรากฏรหัสหรือหมวดหมู่ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จึงสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 2 รายเพื่อยืนยัน และไม่พบประเด็นสำคัญใหม่

6. จัดระบบและนำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยมือโดยใช้ตารางจัดระบบหน่วยความหมาย รหัส หมวดหมู่ย่อย และหมวดหมู่หลักนำเสนอผลเป็นหมวดหมู่หลักพร้อมคำกล่าวตามต้นฉบับและรหัสผู้ให้ข้อมูลเพื่อแสดงความเชื่อมโยงระหว่างข้อค้นพบกับข้อมูลวิเคราะห์ด้วยมือโดยใช้ตารางจัดระบบหน่วยความหมาย รหัส และหมวดหมู่นำเสนอผลเป็นหมวดหมู่หลักพร้อมคำกล่าวตามต้นฉบับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

หน่วยความหมายจากคำสัมภาษณ์	หน่วยความหมายที่ย่อ	รหัส	หมวดหมู่ย่อย	หมวดหมู่หลัก (ประเด็นหลัก)
“อยู่ดี ๆ ก็อาเจียนออกมาเป็นเลือด ไม่เคยเป็นมาก่อน ตกใจมาก กลัวว่าจะเป็นอะไรร้ายแรง”	อาเจียนเป็นเลือดโดยไม่เคยมีอาการมาก่อน ทำให้ตกใจและกลัวความรุนแรง	ตกใจและกลัวเมื่อเห็นเลือด	การรับรู้อาการเลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด	1.การเผชิญอาการเลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ทำให้ตกใจ กลัว และตัดสินใจแสวงหาการรักษา
“ยังไม่รู้แน่ว่าเลือดออกจากอะไร รอฟังผลอยู่ ก็คิดว่าจะเป็นโรคร้ายหรือเปล่า”	ไม่ทราบสาเหตุของเลือดออกและกังวลว่าจะเป็นโรคร้ายระหว่างรอผล	กังวลต่อสาเหตุของเลือดออกที่ยังไม่ทราบ	ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและผลการตรวจ	2.ความไม่แน่นอนและความกังวลระหว่างการรักษาเกี่ยวกับโรคหัตถการ การใช้ยา และผลกระทบต่อชีวิต
“รู้ว่าควรงดเหล้า แต่เคยดื่มกับเพื่อนเป็นประจำ กลับไปก็ไม่แน่ใจว่าจะงดได้ตลอดไหม”	ไม่มั่นใจว่าจะงดสุราได้ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม	ไม่มั่นใจว่าจะงดสุราได้ต่อเนื่อง	ข้อจำกัดในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	3. ความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและป้องกันเลือดออกซ้ำ โดยเฉพาะการจัดการยา อาหาร พฤติกรรมสุขภาพ สัญญาณอันตราย และการมาตรวจตามนัด
“อยากให้ลูกมาฟังตอนอธิบายด้วย เพราะกลับบ้านลูกเป็นคนช่วยดูแล จะได้เข้าใจเหมือนกัน”	ต้องการให้บุตรผู้ดูแลร่วมรับฟังคำแนะนำเพื่อเข้าใจตรงกัน	ต้องการให้ครอบครัวร่วมรับฟังคำแนะนำ	ความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมจำหน่าย	4.ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

การความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba (1985) ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญระหว่างและเมื่อสิ้นสุดการ

สัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อ พร้อมเปิดโอกาสให้แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำบอกเล่ากับรหัสและหมวดหมู่ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยส่วนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกทีมและการบันทึกสะท้อนคิดเกี่ยวกับบทบาท ความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล และข้อคาดหมายเดิมของผู้วิจัยด้านความสามารถในการพึ่งพาได้ (dependability) ผู้วิจัยจัดเก็บหลักฐานกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม ตารางการลงรหัส และบันทึกการตัดสินใจปรับรหัสหรือรวมหมวดหมู่พร้อมเหตุผลของการปรับแก้เพื่อให้ตรวจสอบย้อนหลังได้ ด้านความสามารถในการยืนยันได้ (confirmability) ผู้วิจัยจัดทำหลักฐานเชื่อมโยงข้อความต้นฉบับกับหน่วยความหมาย รหัส และหมวดหมู่เก็บบันทึกข้อสรุปจากการอภิปราย และนำเสนอคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลตามต้นฉบับเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบ ด้านความสามารถในการถ่ายโอนได้ (transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทและจำนวนหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งคัดเลือก วิธีคัดเลือก และลักษณะผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งเลือดออก และประสบการณ์เลือดออกครั้งแรกหรือซ้ำโดยปกปิดข้อมูลระบุตัวตนเพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาความเหมาะสมในการนำข้อค้นพบไปใช้ในบริบทอื่น

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารเลขที่ 18/2569 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 รักษาความลับโดยใช้รหัส P01–P22 และปกปิดข้อมูลระบุตัวตนจัดเก็บไฟล์เสียงและบทถอดเสียงในอุปกรณ์ที่มีรหัสผ่านโดยจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย เอกสารยินยอมเก็บแยกในตู้ล็อกนำเสนอผลโดยไม่เปิดเผยตัวตนและทำลายข้อมูลอย่างถาวรภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 22 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 59.09) และเพศหญิง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 40.91) มีอายุระหว่าง 45–62 ปี โดยมีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 63.64) และอายุต่ำกว่า 50 ปี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 36.36) ข้อมูลทางคลินิกพบว่า ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 17 ราย (ร้อยละ 77.27) และส่วนล่าง 5 ราย (ร้อยละ 22.73) เป็นการเกิดเลือดออกครั้งแรก 17 ราย (ร้อยละ 77.27) และเกิดเลือดออกซ้ำ 5 ราย (ร้อยละ 22.73) มีโรคประจำตัว 16 ราย (ร้อยละ 72.73) และไม่มีโรคประจำตัว 6 ราย (ร้อยละ 27.27) เมื่อจำแนกตามชนิดของโรคประจำตัว พบความดันโลหิตสูง 10 ราย (ร้อยละ 45.45) เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 22.73) ไขมันในเลือดสูง 4 ราย (ร้อยละ 18.18) โรคหลอดเลือดหัวใจ 2 ราย (ร้อยละ 9.09) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วและข้อเข่าเสื่อม โรคละ 1 ราย (ร้อยละ 4.55)

2. ประสบการณ์การเผชิญภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 ประเด็นหลัก โดยมีประเด็นย่อยและคำสัมภาษณ์สนับสนุน ดังนี้

2.1 การเผชิญอาการเลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ทำให้ตกใจ กลัว และตัดสินใจแสวงหาการรักษา

2.1.1 การตีความอาการก่อนตระหนักถึงความผิดปกติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกรอดูอาการในระยะแรก เมื่ออาการเกิดซ้ำร่วมกับอ่อนเพลียและหน้ามืด จึงตระหนักถึงความผิดปกติ ดังคำกล่าวนี้

"ตอนแรกเห็นอุจจาระดำมากกว่าปกติ ก็ยังไม่คิดว่าเป็นอะไร รอดูไปก่อน แต่พอถ่ายอีกครั้งมันดำเหมือนเดิม แล้วเริ่มรู้สึกเพลีย หน้ามืด เลยรู้สึกว่าคงไม่ปกติแล้ว" (P05)

2.1.2 ความกลัวเมื่อไม่ทราบสาเหตุและความรุนแรงของอาการ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวเมื่อเห็นเลือด เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุและกังวลว่าเลือดจะไม่หยุดหรือเป็นโรคร้าย ดังคำกล่าวนี้

"ตอนเห็นเลือดออก กลัวมาก กลัวว่าจะเป็นโรคร้าย หรือเลือดจะออกไม่หยุด เพราะไม่รู้ว่าเลือดมันออกมาจากตรงไหน" (P03)

2.1.3 การตัดสินใจเข้ารับการรักษาและการช่วยเหลือของครอบครัว ความรุนแรงของอาการและการช่วยเหลือจากครอบครัวมีส่วนในการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ดังคำกล่าวนี้

"ตอนแรกคิดว่าจะพักก่อน เพราะคิดว่าอาจเป็นแค่ท้องเสียหรือกินอะไรไม่ดี แต่พอเริ่มหน้ามืดและหมดแรง ลูกเห็นก็พามาโรงพยาบาลทันที" (P07)

"ตอนที่อาเจียนเป็นเลือด รู้เลยว่ารอไม่ได้แล้ว ญาติพามาห้องฉุกเฉิน เพราะกลัวว่าจะเป็นอันตราย" (P15)

2.2 ความไม่แน่นอนและความกังวลระหว่างการรักษาเกี่ยวกับโรค หัตถการ การใช้ยาและผลกระทบต่อชีวิต

2.2.1 ความไม่แน่นอนขณะรอผลตรวจและแผนการรักษา ผู้ให้ข้อมูลกังวลเมื่อยังไม่ทราบความรุนแรงของโรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ ดังคำกล่าวนี้

"พอหมอบอกว่าต้องรอผลตรวจ ก็รู้สึกกังวล กลัวว่าจะเป็นอะไรร้ายแรง ไม่รู้ว่าเลือดออกมากแค่ไหน แล้วต้องส่องกล้องหรือต้องรักษาอะไรต่ออีก" (P07)

2.2.2 ความกังวลต่อหัตถการ การให้เลือด และยาที่ใช้ในการตรวจรักษา การไม่เคยมีประสบการณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกังวลต่อความเจ็บปวด การแพ้ การใช้ยา และภาวะแทรกซ้อน ดังคำกล่าวนี้

"ตอนพยาบาลบอกว่าต้องให้เลือดก็รู้สึกกลัว ไม่เคยได้รับเลือดมาก่อน กลัวว่าร่างกายจะแพ้หรือมีอาการอะไรตามมา แต่ก็รู้ว่าถ้าไม่ให้เลือดอาจจะยิ่งอ่อนเพลีย" (P02)

"กลัวตอนหมอบอกว่าจะต้องส่องกล้อง ไม่รู้ว่าจะเจ็บไหม ต้องวางยาหรือเปล่า แล้วจะมีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนอะไรไหม เพราะไม่เคยทำมาก่อน" (P06)

2.2.3 ความกังวลต่อบทบาทครอบครัวและภาระทางเศรษฐกิจ การรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดรายได้และต้องพึ่งพาครอบครัว จึงเกิดความห่วงใยต่อค่าใช้จ่ายและภาระของผู้ดูแล ดังคำกล่าวนี้

"ผมทำงานรับจ้างรายวัน วันที่ไม่ได้ไปทำงานก็ไม่มีรายได้ พอต้องนอนโรงพยาบาลหลายวันก็เป็นห่วงว่าคนที่บ้านจะเอาเงินที่ไหนมาใช้จ่าย" (P01)

“เกรงใจลูกที่ต้องหยุดงานมาเฝ้า เพราะลูกก็มีงานและครอบครัวของเขา แต่ถ้าไม่มีลูกอยู่ด้วยก็ไม่รู้ว่าจะจัดการเรื่องต่าง ๆ อย่างไร” (P05)

2.3 ความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและป้องกันเลือดออกซ้ำ โดยเฉพาะการจัดการยา อาหาร พฤติกรรมสุขภาพ สัญญาณอันตราย และการมาตรวจตามนัด

2.3.1 ความลังเลในการตัดสินใจใช้ยาเมื่อกลับบ้าน ผู้ให้ข้อมูลไม่แน่ใจเกี่ยวกับการกลับมาใช้ยารักษาโรคเดิมและการเลือกยาแก้ปวด โดยกังวลทั้งโรคเดิมกำเริบและการเกิดเลือดออกซ้ำ ดังคำกล่าวนี้

“ตอนอยู่โรงพยาบาลหมอให้หยุดยาบางตัว แต่ยังไม่แน่ใจว่ากลับบ้านแล้วต้องเริ่มกินเมื่อไร กลัวว่าถ้าหยุดนานโรคเดิมจะกำเริบ แต่ถ้ากินต่อก็กลัวเลือดจะออกอีก” (P11)

“ปกติถ้าปวดเข่าหรือปวดหลัง ผมจะซื้อยาแก้ปวดมากินเอง แต่พอเป็นเลือดออกครั้งนี้ก็ไม่กล้ากินแล้ว กลัวว่าจะทำให้เลือดออกอีก แต่ก็ไม่รู้ว่าถ้าปวดมาก ๆ ต้องกินยาอะไรแทน” (P08)

2.3.2 ความไม่แน่ใจในการปรับอาหารและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลสับสนกับคำแนะนำเรื่องอาหาร และไม่มั่นใจว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำมาเป็นเวลานานได้ ดังคำกล่าว

“หมอบอกให้ระวังเรื่องอาหาร แต่ผมก็ยังไม่แน่ใจว่ากินอะไรได้บ้าง บางคนบอกห้ามกินเผ็ด บางคนบอกห้ามกินเปรี้ยว ก็เลยกลัวไปหมด ไม่รู้จะเลือกกินอะไร” (P05)

“ปกติชอบกินเหล้ากับเพื่อนตอนเย็น พอป่วยก็รู้ว่าคงต้องลดหรือหยุด แต่ไม่มั่นใจว่าจะทำได้ เพราะกินมานานแล้ว” (P13)

2.3.3 ความไม่แน่ใจในการประเมินสัญญาณอันตรายและการกลับมารักษา ผู้ให้ข้อมูลไม่มั่นใจว่าอาการใดควรรีบมาโรงพยาบาล และกังวลว่าจะเข้ารับการรักษาไม่ทันหากเกิดเลือดออกซ้ำ ดังคำกล่าว

“กลัวว่าจะเป็นอีก แต่ไม่รู้ว่าต้องดูอาการอะไรบ้าง ถ้าถ่ายดำแค่นิดเดียวต้องรีบมาเลยไหม หรือรอดูได้ก่อน” (P03)

“ถ้ามีเลือดออกอีก ผมกลัวว่าจะไม่ทัน เพราะครั้งแรกก็ไม่รู้ว่าอาการถ่ายดำเป็นเรื่องร้ายแรง” (P20)

2.3.4 ข้อจำกัดในการมาตรวจตามนัดและการขอความช่วยเหลือ ผู้ให้ข้อมูลต้องพึ่งพาครอบครัวในการเดินทาง และบางรายไม่ทราบช่องทางติดต่อหรือไม่กล้าสอบถามบุคลากรสุขภาพ ดังคำกล่าวนี้

“หมอนัดให้มาตรวจอีก แต่บ้านอยู่ไกล ผมไม่มีรถเอง ต้องรอลูกพามา กลัวว่าถ้าวันนัดลูกติดงานจะไม่ได้มาตามนัด” (P02)

“บางครั้งไม่กล้าโทรถามโรงพยาบาล เพราะไม่รู้ว่าต้องโทรไปที่ไหน กลัวว่าถามแล้วจะรบกวนเขา เลยเก็บความสงสัยไว้ก่อน” (P06)

2.4 ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

2.4.1 การสื่อสารที่เข้าใจง่ายและการตรวจสอบความเข้าใจ ผู้ให้ข้อมูลต้องการคำอธิบายด้วยภาษาง่าย ให้ข้อมูลทีละเรื่อง และตรวจสอบความเข้าใจก่อนกลับบ้าน ดังคำกล่าว

“อยากให้หมออธิบายแบบง่าย ๆ ว่าที่เลือดออกเกิดจากอะไร ตอนนี้อาการหนักแค่ไหน แล้วต่อไปต้องรักษาอะไรบ้าง เพราะบางคำที่หมอพูดฟังแล้วไม่ค่อยเข้าใจ” (P01)

“ก่อนกลับอยากให้พยาบาลบอกทีละเรื่อง ไม่ต้องรีบ แล้วถามว่าเราเข้าใจหรือยัง เพราะกลัวว่ากลับไปแล้วทำไม่ถูก” (P19)

2.4.2 สื่อสรุปสำหรับทบทวนและประกอบการตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อที่ช่วยจำและเปิดทบทวนได้เมื่อมีข้อสงสัย เช่น รูปภาพ รายการคำแนะนำ แผ่นพับ หรือ QR code ดังคำกล่าวนี้

“อยากให้มีรูปหรือรายการสั้น ๆ ว่าห้ามกินยาอะไร ห้ามทำอะไร แล้วมีอาการแบบไหนต้องมาโรงพยาบาล เพราะกลับบ้านไปบางทีจำที่พยาบาลบอกไม่หมด” (P22)

“ถ้ามีแผ่นพับหรือ QR code ที่เปิดดูได้เวลาสงสัยก็น่าจะดี เพราะกลับบ้านไปแล้วบางอย่างก็ลืม” (P20)

2.4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ครอบครัวร่วมรับฟังคำแนะนำ เพื่อให้เข้าใจตรงกันและช่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังคำกล่าวนี้

“อยากให้ลูกมาฟังด้วย เพราะกลับบ้านแล้วลูกเป็นคนจัดยาให้ ถ้าฟังพร้อมกันก็จะได้รู้ว่าต้องทำอย่างไร ไม่ต้องมาถามกันทีหลัง” (P02)

“บางครั้งหมอมาอธิบายตอนเรายังมึน ๆ หรือญาติไม่อยู่ พอญาติมาถามเราก็อธิบายไม่ถูก อยากให้บอกตอนที่ญาติอยู่ด้วยจะได้เข้าใจตรงกัน” (P09)

2.4.4 ช่องทางปรึกษาและการติดตามหลังจำหน่าย ผู้ให้ข้อมูลต้องการช่องทางสอบถามเรื่องยาและอาการผิดปกติ รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลหลังกลับบ้าน ดังคำกล่าวนี้

“อยากมีช่องทางให้ถามเรื่องยา เพราะบางครั้งยาหมดหรือมีอาการข้างเคียงก็ไม่แน่ใจว่าจะต้องหยุดเองหรือรอวันนัด” (P15)

“ถ้ามีพยาบาลโทรไปถามอาการหลังกลับบ้านสักครั้งก็ดี จะได้บอกได้ว่ากินยาแล้วเป็นอย่างไร ยังมีถ่ายดำหรือเวียนหัวอยู่ไหม” (P07)

การอภิปรายผล

1. การเผชิญอาการเลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ข้อค้นพบสะท้อนว่า การตัดสินใจมารับการรักษาขึ้นอยู่กับความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลให้แก่อาการ มิใช่เพียงการมีอาการผิดปกติ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสังเกตอาการถ่ายดำหรืออ่อนเพลียก่อน แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับภาวะเลือดออกจนมีอาการซ้ำหรือรุนแรงขึ้น ขณะที่บางรายมารับการรักษาทันทีเมื่ออาเจียนเป็นเลือด ความแตกต่างนี้ชี้ว่าอาการที่มองเห็นชัดกับอาการที่อาจตีความได้หลายสาเหตุสร้างการรับรู้ความเร่งด่วนต่างกัน การรอดูอาการในบางรายจึงอาจสะท้อนความไม่แน่ใจในการประเมินอันตราย มากกว่าการไม่ใส่ใจสุขภาพ ประเด็นการตีความอาการและการรักษาสอดคล้องในภาพกว้างกับ Poyner et al. (2021) ซึ่งพบว่าความเข้าใจคลาดเคลื่อนและการรับรู้การรักษามีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคตับแข็ง อย่างไรก็ตาม งานดังกล่าวศึกษาการป้องกันเลือดออกครั้งแรก ส่วนการศึกษานี้แสดงให้เห็นการตัดสินใจเมื่อเผชิญอาการจริง และบทบาทของครอบครัวในการช่วยสังเกตอาการและพามารับบริการ ในผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ การรับรู้ความเร่งด่วนจึงเกิดจากทั้งการประเมินของ

ตนเองและการช่วยตัดสินใจของคนใกล้ชิด ข้อค้นพบเสนอให้การสื่อสารเรื่องสัญญาณอันตรายเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาจพบจริง

2. ความไม่แน่นอนและความกังวลระหว่างการรักษา ความกังวลของผู้ให้ข้อมูลไม่ได้จำกัดอยู่ที่ความรุนแรงของโรค แต่ครอบคลุมความไม่เข้าใจเหตุผลของการตรวจและการรักษา ตลอดจนผลกระทบต่อรายได้และหน้าที่ในครอบครัว คำบอกเล่าเกี่ยวกับการรอผลตรวจ การไม่ทราบกำหนดส่องกล้อง และการเห็นบุคลากรติดตามอาการบ่อย แสดงว่าผู้ให้ข้อมูลอาจตีความกระบวนการดูแลเป็นสัญญาณว่าอาการรุนแรงเมื่อยังขาดคำอธิบายที่เข้าใจได้ การได้รับการรักษาจึงไม่ได้หมายความว่าความไม่แน่นอนของผู้ป่วยจะลดลงพร้อมกัน ข้อค้นพบด้านอารมณ์สอดคล้องกับ Kiyak and Taskin (2025) ซึ่งพบความวิตกกังวลในผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในแผนกฉุกเฉิน แต่การศึกษานี้ เพิ่มเติมรายละเอียดว่าความกังวลเชื่อมโยงกับทั้งข้อมูลการรักษาและความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ผู้ให้ข้อมูลที่มีรายได้รายวันหรือพึ่งพาบุตรในการเดินทางกังวลถึงค่าใช้จ่ายและการหยุดงานของสมาชิกครอบครัว บางรายต้องการความช่วยเหลือแต่รู้สึกเกรงใจผู้ดูแล จึงสะท้อนความตึงเครียดระหว่างการพึ่งพาครอบครัวกับความต้องการรักษาบทบาทเดิมของตน คำอธิบายบริบทนี้ตั้งอยู่บนคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ไม่ควรขยายเป็นลักษณะของผู้ป่วยไทยทั้งหมด

3. ความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและการป้องกันเลือดออกซ้ำ ความไม่มั่นใจสะท้อนช่องว่างระหว่างการได้รับคำแนะนำกับการนำไปตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ต้องการทราบเพียงว่าควรหลีกเลี่ยงยาใด แต่ต้องการทางเลือกเมื่อมีอาการปวด ต้องการทราบว่าอาการใดรอดูได้หรือควรรีบมารับการรักษา และจะจัดการอย่างไรเมื่อไม่มีผู้พามาตามนัด ความกลัวเลือดออกซ้ำจึงอาจนำไปสู่ความลังเลในการใช้ยาและการจำกัดอาหารตามความเข้าใจของตน ข้อค้นพบนี้ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ให้ข้อมูลหยุดยาหรือปฏิบัติไม่เหมาะสมภายหลังจำหน่ายแต่แสดงความไม่แน่ใจที่ควรได้รับการคลี่คลายก่อนกลับบ้าน ข้อค้นพบสอดคล้องกับ Bengtsson et al. (2022) ซึ่งพบข้อจำกัดในการทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลยาในผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการศึกษานี้ทำให้เห็นความขัดแย้งเฉพาะบริบทของภาวะเลือดออก คือความกังวลว่าการใช้ยาจะทำให้เลือดออกซ้ำ ขณะเดียวกันก็กลัวว่าการหยุดยาจะทำให้โรคเดิมกำเริบ ประสบการณ์ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเองและการได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารจากหลายแหล่งที่ปรากฏในข้อมูล อาจทำให้การเลือกปฏิบัติซับซ้อนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอเมื่อการมาตรวจตามนัดต้องอาศัยผู้ดูแล เวลา และค่าเดินทาง การประเมินความพร้อมจึงควรครอบคลุมทั้งความเข้าใจและทรัพยากรที่ผู้ป่วยใช้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้จริง

4. ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ความต้องการเอกสารสรุป การให้ญาติร่วมรับฟังคำแนะนำ และช่องทางปรึกษา สะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการความมั่นใจว่าจะมีข้อมูลและผู้ช่วยเมื่อต้องตัดสินใจนอกโรงพยาบาล มากกว่าการรับข้อมูลเพิ่มเติมเพียงครั้งเดียว เอกสารสรุปมีความหมายเป็นสิ่งที่กลับไปทบทวนร่วมกับครอบครัว ส่วนช่องทางติดต่อช่วยรองรับความไม่แน่ใจที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ข้อมูลบางรายที่ไม่กล้าโทรเพราะเกรงว่าจะรบกวน ชี้ว่าการมีหมายเลขติดต่ออย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะติดต่อใคร เมื่อใด และเรื่องใดได้บ้าง ความต้องการให้ครอบครัวร่วม

เตรียมกลับบ้านสอดคล้องกับ Allen et al. (2023) ซึ่งพบความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย การสื่อสาร และการติดตามในผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สะท้อนความต้องการจากผู้ป่วยอายุ 45–62 ปี ซึ่งบางรายยังรับผิดชอบงานและค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงแสดงว่าความจำเป็นของการสนับสนุนจากครอบครัวไม่ได้จำกัดอยู่ที่วัยสูงอายุ ในกลุ่มนี้ บุตรหรือคู่สมรสมีบทบาทที่ผู้ป่วยคาดหวังทั้งการจัดยา เตรียมอาหาร และพามาตรวจ การเตรียมจำหน่ายจึงควรพิจารณาว่าใครจะช่วยทำหน้าที่ใดและพร้อมเพียงใด การดูแลสอดคล้องกับแนวทาง IDEAL Discharge Planning ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนและใช้วิธีสอนกลับเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017) รวมถึงหลักฐานของ Tomlinson et al. (2020) ที่สนับสนุนความสำคัญของการดูแลเรื่องยาอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้เป็นความต้องการที่สะท้อนขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ยังไม่สามารถสรุปว่าการจัดบริการดังกล่าว จะเพิ่มความมั่นใจหรือลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้ง 4 ประเด็นสะท้อนความไม่แน่ใจที่ต่อเนื่องตั้งแต่การตีความอาการ การทำความเข้าใจการรักษา ไปจนถึงการเตรียมตัดสินใจดูแลตนเองที่บ้านโดยครอบครัวเป็นทั้งแหล่งช่วยเหลือและส่วนหนึ่งของความกังวลด้านภาระ การสนับสนุนที่สอดคล้องกับข้อมูลจึงควรเชื่อมคำอธิบายทางคลินิกเข้ากับสถานการณ์ชีวิตและบทบาทของผู้ดูแลแต่ละราย

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว ผู้ให้ข้อมูลอายุ 45–62 ปี และส่วนใหญ่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จึงควรพิจารณาบริบทก่อนนำข้อค้นพบไปใช้การคัดกรองผ่านพยาบาลและการสัมภาษณ์ขณะรักษาตัวอาจจำกัดความหลากหลายและการเปิดเผยความคิดเห็นทั้งนี้ความต้องการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเป็นการคาดการณ์ มิใช่ประสบการณ์จริงหลังกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็นรายบุคคลโดยร่วมกับทีมรักษาทบทวนการใช้ยาและแนวทางบรรเทาปวดให้คำแนะนำเรื่องอาการเตือนด้วยสื่อที่เข้าใจง่ายและวิธีสอนกลับพร้อมให้ผู้ดูแลร่วมวางแผนการเดินทางเมื่อมีอาการฉุกเฉิน ตลอดจนการจัดระบบปรึกษาและติดตามต่อเนื่องโดยระบุช่องทางติดต่อและเวลาบริการให้ชัดเจนติดตามผู้ที่ยังไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการภายในสัปดาห์แรกและย้ำให้เข้ารับการรักษาทันทีเมื่อมีอาการฉุกเฉินโดยไม่รอการตอบกลับ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป และติดตามผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนกลับบ้าน เพื่อเปรียบเทียบความต้องการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งนำข้อค้นพบไปพัฒนา

โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับก่อนศึกษาประสิทธิผลต่อการดูแลตนเอง การเกิดเลือดออกซ้ำ และการกลับเข้ารักษาซ้ำ

รายการอ้างอิง

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Strategy 4: Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning*. https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html

Allen, J., Woolford, M., Livingston, P. M., Lobchuk, M., Muldowney, A., & Hutchinson, A. M. (2023). Informal carer support needs, facilitators and barriers in transitional care for older adults from hospital to home: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(19-20), 6773-6795. https://doi.org/10.1111/jocn.16767

Bengtsson, K. R., Rognan, S. E., Kälvemark Sporrong, S., Lie, H. B., Andersson, Y., Mowe, M., & Mathiesen, L. (2022). Health literacy in medication communication during hospital discharge: A qualitative study at an internal medicines ward in Norway. *BMJ Open*, *12*(6), e058473. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058473

Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing, 25*(5), 443–455. https://doi.org/10.1177/1744987119880234

Dunne, C. L., Kaur, S., Delacruz, B., & Bresee, L. C. (2023). 30-day readmission rates among upper gastrointestinal bleeds: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 38*(5), 692–702. https://doi.org/10.1111/jgh.16153

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Kaewphonphek, P. (2019). Nursing care of patients with upper gastrointestinal bleeding treated with Sengstaken-Blakemore tube: Two case studies. *Mahasarakham Hospital Journal, 16*(3), 83–95. (in Thai)

Kiyak, R., & Taskin, G. (2025). Beyond hemodynamics: Environmental and psychosocial predictors of anxiety in emergency patients with gastrointestinal bleeding. *Frontiers in Psychology, 16*, 1668976. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1668976

Kulseth, P. (2024). Patient characteristics, causes, interventions and outcomes in Lower gastrointestinal bleeding patient at Chonburi Hospital. *Buddhasothorn Hospital Journal*, *40*(1), 1-7. (in Thai)

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Poyner, C., Tripathi, D., & Mathers, J. (2021). Exploring patients' perceptions and experiences of treatments for the prevention of variceal bleeding: A qualitative study. *BMJ Open Gastroenterology, 8*(1), e000684. https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000684

Saydam, Ş. S., Molnar, M., & Vora, P. (2023). The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery, 15*(4), 723–739. https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723

Sirisunhirun, P. (2024). Factors associated with mortality among patients admitted to King Narai Hospital due to acute upper gastrointestinal bleeding. *Journal of Medicine and Health Sciences*, *31*(1), 1–18. (in Thai)

Tomlinson, J., Cheong, V.-L., Fylan, B., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Blenkinsopp, A. (2020). Successful care transitions for older people: A systematic review and metaanalysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing, 49*(4), 558–569. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa002

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 155-168

บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่ายาง

Effectiveness of Childbirth Preparation on Knowledge and Pain Coping Behaviors During Labor among Primiparous Women at Tha Yang Hospital

วรภร ปานพ่วง[1], ยุคลธร แจ่มฤทธิ์[2]*

Waraphon Panphaung[1], Yukonton Jamrit[2]*

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

(Received: September 15, 2026; Revised: November 11, 2026; Accepted: November 11, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่ายาง มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม จำนวน 44 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับฉลากกลุ่มละ 22 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเตรียมตัวคลอด แบบวัดความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด มีค่าคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ.70 และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบวิลคอกซันและแมน-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม (Z = 4.11, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.42, p < .001) มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.77, 5.73; p < .001) ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดช้าพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง (Z = 1.75, p = .081)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
Registered Nurse (Professional Level), Thayang Hospital, Phetchaburi Province

[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมตัวคลอด, ความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, มารดาครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design. The objectives were to compare knowledge scores regarding childbirth preparation in the experimental group before and after participating in the program and to compare maternal knowledge scores and pain-coping behavior scores during labor between the experimental and control groups after the intervention. The participants consisted of 44 primigravida women at 28–36 weeks of gestation who received antenatal care at Tha Yang Hospital and had no medical or obstetric complications. Participants were randomly assigned to either the experimental or control group using a simple lottery method, with 22 participants in each group. The control group received routine nursing care, whereas the experimental group participated in the childbirth preparation program. The research instruments consisted of the childbirth preparation program, a childbirth preparation knowledge questionnaire with a Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) reliability coefficient of .70, and an observational checklist for pain-coping behaviors during labor with a Cronbach's alpha coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results revealed that, after participating in the childbirth preparation program, the experimental group had significantly higher knowledge scores than before the intervention (Z = 4.11, p < .001). Their post-intervention knowledge scores were also significantly higher than those of the control group, who received routine nursing care (Z = 5.42, p < .001). Furthermore, pain-coping behavior scores during the active and transition phases of labor were significantly higher in the experimental group than in the control group (Z = 5.77 and 5.73, respectively; p < .001). However, no statistically significant difference in pain-coping behavior scores was found between the two groups during the latent phase of labor (Z = 1.75, p = .081).

Keywords: Childbirth preparation program, Knowledge of childbirth preparation, Pain-coping behavior, Primiparous women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกออกมาสู่ภายนอกโดยผ่านทางช่องคลอด เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นตอนและต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลง

ทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน (Prasarn, 2020) อาการเจ็บครรภ์เป็นอาการเริ่มต้นของกระบวนการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นประสบการณ์ที่มารดาเกือบทุกรายต้องเผชิญ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความกลัวการคลอด โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกมีระดับความกลัวการคลอดสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (Huang et al., 2024) เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ตรงและขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความกลัวการคลอดสัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่ผู้คลอดรับรู้ โดยความกลัวที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์อาจทำนายความเจ็บปวดและความไม่สบายระหว่างคลอดได้ (Alizadeh-Dibazari et al., 2024) ปรากฏการณ์นี้ สามารถอธิบายได้ด้วยวงจรความกลัว–ความตึงเครียด–ความเจ็บปวด (fear–tension–pain cycle) โดยความกลัวกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียดและผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น หากผู้คลอดไม่สามารถควบคุมและจัดการกับความเจ็บปวดได้ ทำให้เกิดความกลัวและความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง การตัดวงจรนี้สามารถทำได้โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และการสร้างความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมการคลอด (Dick-Read, 2013)

ความกลัวและความเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอด ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ การคลอดล่าช้า และตามมาด้วยการคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้ผู้คลอดร้องขอผ่าตัดคลอด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (Alizadeh-Dibazari et al., 2024) ในประเทศไทยพบอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 35 ตามลำดับ (Karunayawong et al., 2026) สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดในประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพชรบุรี ยังพบว่ามารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้รับการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 40 (Kasemphakdeephong, 2025) ชี้ให้เห็นว่า การผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้เป็นปัญหาเชิงระบบในพื้นที่ใกล้เคียงกับบริบทของการศึกษาครั้งนี้ และการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของมารดาในการเผชิญความเจ็บปวดและความกลัว เป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการคลอดปกติ

การทบทวนวรรณพบว่าโปรแกรมการเตรียมคลอดที่ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการเจ็บครรภ์ ร่วมกับการฝึกทักษะจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย สัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่ลดลงและความพึงพอใจต่อการคลอดที่เพิ่มขึ้นในผู้คลอดครรภ์แรก (Mahfouzi et al., 2023; Pedseekiaw & Thepha, 2025) รวมทั้ง การให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดความกลัวการคลอดและความรุนแรงของความเจ็บปวด แต่ความเชื่อมั่นของหลักฐานยังจำกัด เพราะรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมและเครื่องมือวัดผลของแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน (Alizadeh-Dibazari et al., 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยช่วงที่ผ่านมา มุ่งเน้นการสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว มากกว่าการเตรียมความพร้อม ตั้งแต่ไตรมาสที่สามและต่อเนื่องไปถึงระยะคลอด และผลลัพธ์ที่วัดส่วนใหญ่เป็นความกลัว ระดับความเจ็บปวด หรือประสบการณ์การคลอด (Srisuwan, 2023; Prasittikan et al, 2024) มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ประเมิน

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดควบคู่กับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจริงในการศึกษาเดียวกัน จึงยังไม่ชัดเจนว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ สามารถแปลผลเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์ได้จริง รวมทั้ง การศึกษาส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนบริบทของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและโครงสร้างห้องคลอดยังมีข้อมูลค่อนข้างน้อย

โรงพยาบาลท่ายาง มีนโยบายในการจัดบริการดูแลสุขภาพมารดาและทารกให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มีจำนวนผู้คลอดเฉลี่ยปีละ 234-239 ราย และมีห้องคลอดเป็นระบบปิดที่จำกัดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาเกิดความกลัว และความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และการพยาบาลตามปกติที่เคยปฏิบัติมา มุ่งเน้นการพยาบาลด้านร่างกาย มากกว่าการสนับสนุนทางจิตใจ ความรู้และการปฏิบัติตนในขณะรอคลอด และยังไม่มีโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เป็นระบบและมีการประเมินประสิทธิผลอย่างชัดเจน มารดาส่วนใหญ่ได้รับเพียงคำแนะนำทั่วไปในคลินิกฝากครรภ์ตามปกติ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับความเจ็บปวดและความกลัวในระยะคลอดได้อย่างครอบคลุม โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดอย่างเป็นระบบในหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าสู่ระยะคลอดจริง จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดโดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเผชิญการคลอด ของ Lowe (1993) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของ Bandura (1977) เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการการคลอดของมารดาครรภ์แรกอย่างครอบคลุม ทำให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างเหมาะสม ลดการคลอดยาวนาน ลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดีในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกตามระยะของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด มีคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจำแนกตามระยะของการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติ สร้างตามทฤษฎีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเผชิญการคลอด (childbirth self-efficacy theory) ของ Lowe (1993) ที่เชื่อว่าความมั่นใจและความเชื่อมั่นของหญิงตั้งครรภ์ในการควบคุม จัดการ และเผชิญกับกระบวนการคลอดรวมถึงความเจ็บปวด จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก ประสบการณ์การคลอด และความสำเร็จในการคลอด ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติ ประสบการณ์ทางอ้อม การจูงใจด้วยวาจา และสถานะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของ Bandura (1977) ได้แก่ การสังเกต การเลียนแบบ และการเสริมแรง ผ่านกิจกรรมการสาธิต การฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการใช้สื่อสัญลักษณ์ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่ายาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนกันยายน 2568 ถึง เดือนพฤษภาคม 2569 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่ายาง ที่มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ตั้งแต่ 28-36 สัปดาห์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่ายาง มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ตั้งแต่ 28-36 สัปดาห์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 การทดสอบทางเดียว และอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ.80 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Dusitkul (2022) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ครรภ์เดี่ยว และทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) มีสมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์และสามารถใช้งานได้ดี และ 4) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ย้ายสถานที่ฝากครรภ์ 2) มีอาการและอาการแสดงของคลอดก่อนกำหนด และ 3) ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (fetal distress) และกำหนดเกณฑ์ให้อาสาสมัครวิจัยออกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดไม่ครบทุกครั้ง

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แบบเจาะจง และทำการเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก กำหนดให้มีฉลาก 2 ใบ คือ เลขคี่เป็นกลุ่มทดลองและเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมตัวคลอด ประกอบด้วย 1) การสร้างพื้นฐานและความสัมพันธ์ โดยการการสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล การพาเยี่ยมชมห้องคลอดและห้องหลังคลอด 2) การสร้างความรู้และความเข้าใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ สรีรวิทยาการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ 3) การพัฒนาทักษะและการฝึกปฏิบัติ โดย การสาธิตเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดและการเบ่งคลอด และการทบทวนและให้สาธิตย้อนกลับ รวมทั้ง แผ่นพับคู่มือการเตรียมตัวคลอด QR code เข้าไลน์กลุ่ม เพื่อส่งเนื้อหาความรู้และวิดีโอฝึกทักษะวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด และการถาม – ตอบข้อสงสัยต่าง ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ รายได้ของครอบครัวเป็นแบบเติมคำตอบ และ สถานภาพ ระดับการศึกษาเป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบวัดความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดา เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด วิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 15 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน > 80 % (≥12 คะแนน) ระดับสูง

คะแนน 60 – 79 % (9-11 คะแนน) ระดับปานกลาง

คะแนน < 60 % (< 9 คะแนน) ระดับน้อย

2.3. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด นำมาจากงานวิจัยของ Baosoung and Rungruangsri (1994) ซึ่งดัดแปลงและเรียบเรียงมาจาก Sturrock Labour Coping Scale จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกด้านคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ และการแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้สำหรับการประเมิน 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ

0 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ได้แก่ เอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบิดเบี้ยว พูดอย่างหมดหวัง ไม่สามารถทนต่อไปอีกแล้ว

1 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะกลาง ๆ สามารถควบคุมตนเองได้ พอสมควรได้แก่ ร้องครางเบา ๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คิ้วขมวด เม้มหรือขบริมฝี ปาก บ่นถึงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย

2 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดีได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่งหรือนอนอยางผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทน

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ คะแนน 1.00-5.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดในระดับต่ำ และแนน 5.01-10.00 คะแนน แสดงว่า ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการเตรียมตัวคลอด รวมทั้ง สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้และแบบวัดความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 5 รายก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบวัดความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดมีค่าความเชื่อมั่นสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ .70 และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และติดต่อประสานงานกับหัวหน้างานฝากครรภ์และงานห้องคลอด เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. ระยะทดลอง ดำเนินการวิจัยกับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และมาคลอด ระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครในวันที่มาตรวจครรภ์ตามนัดที่หน่วยที่แผนกฝากครรภ์ ชี้แจงลักษณะงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดก่อนการทดลอง (pretest)

2.2 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด ที่ประกอบด้วย 1) การสร้างพื้นฐานและความสัมพันธ์ การสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล การพาเยี่ยมชมห้องคลอดและห้องหลังคลอด 2) การสร้างความรู้และความเข้าใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด 3) การพัฒนาทักษะและการฝึกปฏิบัติ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดและการเบ่งคลอด โดยการใช้สื่อช่วยสอนต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติ และเข้ากลุ่มไลน์เพื่อส่งความรู้และวิดีโอฝึกทักษะวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด และตอบข้อสงสัย เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยให้มารดาเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป รวมเป็นจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนครั้งละประมาณ 15-30 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการเตรียมคลอดตามปกติของแผนกฝากครรภ์

2.3 ในวันที่มาคลอด อาสาสมัครจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และทำแบบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดหลังการทดลอง (posttest) ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Fisher’s exact test และ independent t-test

2. ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่าข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงปกติ ดังนั้น จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดากลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดาและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No.54/2567 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2568 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลการวิจัยไว้ 1 ปี และทำลายโดยการลบไฟล์ทิ้งแบบถาวรไม่สามารถกู้คืนข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า มารดากลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 19.50 ปี (*SD* = 2.91) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 13,863.64 บาท (*SD* =4,356) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 77.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.90 กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 21 ปี (*SD* = 3.40) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 13,227.27 บาท (*SD* =9,253) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		ค่าสถิติ	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	*M* = 19.50 (*SD* = 2.91)		*M* = 20.82 (*SD* = 3.40)		-1.38[a]	.18
รายได้ของครอบครัว	*M* = 13,864 (*SD* = 4,356)		*M* = 13,227 (*SD* = 9,253)		.29[a]	.77
สถานภาพสมรส					.36[b]	1.00
คู่	20	90.90	21	95.50		
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	2	9.10	1	4.50		
ระดับการศึกษา					5.33[b]	.27
ไม่ได้เรียน	0	0.00	2	9.10		
ประถมศึกษา	3	13.60	3	13.60		
มัธยมศึกษา/ปวช	17	77.30	13	59.10		
อนุปริญญา/	1	4.50	4	18.20		
ปริญญาตรี	1	4.50	0	0.00		

a = independent t-test, b = Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดากลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด มารดามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.11$, $p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n = 22)

การทดสอบ	*M*	*SD*	*Md*	*IQR*	*Z*	*p-value*
ก่อนทดลอง	10.45	1.41	11	2.25	-4.11***	< .001
หลังทดลอง	14.41	0.91	15	1.00		

*** $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างมารดากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.42$, $p < .001$) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($Z = 5.77$, $p < .001$) และระยะเปลี่ยนผ่าน ($Z = 5.73$, $p < .001$) ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดช้าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($Z = 1.75$, $p = .081$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มควบคุม (n = 22)			*U*	*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*			
ความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอด	14.41	.91	15	10.91	1.74	11	468.50	5.42***	<.001
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด									
ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent)	10.00	.00	10	9.82	.50	10	275.00	1.75	.081
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active)	9.36	.85	10	4.73	1.28	5	483.50	5.77***	<.001
ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition)	7.55	.96	8	2.68	1.49	3	484.00	5.73***	<.001

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. มารดาครรภ์แรกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่พัฒนาขึ้นจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และการปฏิบัติตัวในระยะคลอดผ่านสื่อ สาธิตเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดและการเบ่งคลอด และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ

มารดาจึงได้ลงมือปฏิบัติจริงและได้รับข้อมูลป้อนกลับทันที ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ลึกซึ้งขึ้น กิจกรรมนี้สอดคล้องกับแหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura คือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experience) และการได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) นอกจากนี้ มารดายังได้รับแผ่นพับ คู่มือการเตรียมตัวคลอด และวิดีโอการฝึกทักษะการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดผ่านกลุ่มไลน์ จึงสามารถทบทวนเนื้อหาและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านได้ซ้ำตามต้องการ ซึ่งช่วยให้ความรู้คงทนมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยเป็นการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ที่ช่วยแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และลดความกลัวที่เกิดจากการขาดข้อมูล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงคำแนะนำทั่วไปตามปกติในคลินิกฝากครรภ์ โดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือสื่อสำหรับทบทวนอย่างต่อเนื่อง คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunarom and Toyang (2019) ที่พบว่ามารดาครรภ์แรกไตรมาสสุดท้ายกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมคลอดมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Keawraktha (2024) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายสำหรับผู้คลอดเพิ่มคะแนนความรู้ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนว่าการจัดโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการคลอดให้แก่มารดาครรภ์แรกได้อย่างชัดเจน

2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดช้าไม่พบความแตกต่าง ซึ่งอาจสะท้อนว่าในระยะแรกของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า เป็นระยะที่การหดรัดตัวของมดลูกมีความถี่น้อย ระยะเวลาการหดรัดตัวของมดลูกสั้น และความรุนแรงของการหดรัดตัวจ็บปวดยังไม่รุนแรงเท่ากับระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ส่งผลให้มารดาทั้งสองกลุ่มยังสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ในระดับใกล้เคียงกัน ความแตกต่างจากผลของโปรแกรมจึงเริ่มปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้นในระยะถัดไป ซึ่งโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดนี้ ได้ออกแบบให้มารดาได้เยี่ยมชมห้องคลอดและห้องหลังคลอดล่วงหน้า เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวการคลอด ที่จะช่วยตัดวงจรความเจ็บปวด fear-tension-pain ตามแนวคิดของ Dick-Read (2013) รวมทั้ง โปรแกรมมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดและการเบ่งคลอด ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการจัดการกับความเจ็บปวดและความกลัว เมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอดจริง มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจึงมีกรอบความคิดและทักษะในการผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลให้สามารถลดความตึงเครียดทางกาย-ใจ และเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bungmek et al (2023) พบว่ามารดาครรภ์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมคลอด แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระยะที่หนึ่งได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dusitkul (2022) พบว่ามารดาที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอด มี

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนว่าการเตรียมตัวคลอดที่มีคุณภาพช่วยให้มารดาสามารถเผชิญความกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ดังนั้น การจัดโปรแกรมเตรียมตัวคลอดที่เน้นทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวด จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาครรภ์แรก

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มาฝากครรภ์และคลอดที่รพ.ท่ายาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนและเป็นมารดาครรภ์แรกเท่านั้น และมีจำนวนผู้คลอดน้อย อาจทำให้โปรแกรมการทดลองมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลตามปกติโดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ในการเตรียมคลอดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดในระยะยาว รวมทั้งในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และติดตามผลลัพธ์ของการคลอด เช่น ประสบการณ์การคลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, 541. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0

Alizadeh-Dibazari, Z., Maghalain, M., & Mirghafourvand, M. (2024). The effect of non-pharmacological prenatal interventions on fear of childbirth: An overview of systematic reviews and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 24*, 415. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05870-5

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman.

Baosoung, C., & Rungruangsri, S. (1994). *Effects of touch on coping with labor pain and perception of childbirth experience*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Bungmek, S., Limruangrong, P., & Phahuwatanakorn, W. (2023). The effectiveness of childbirth preparation program on self-efficacy in pain coping, pain level, and pain coping behavior in the first stage of labor among the first time mothers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, *24*(1), 201–210. (in Thai)

Chunarom, N., & Toyang, S. (2019). Effects of childbirth on knowledge and practice preparation program in 3rd trimester first pregnant women, attending antenatal care in Chonburi Hospital. *Thammasat University Hospital Journal Online*, *4*(3), 11-26. (in Thai)

Dick-Read, G. (2013). *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth* (4th ed.). Pinter & Martin.

Dusitkul, Y (2022). The effects of enhancing coping with labor pain program on pain levels and pain coping behaviors in primiparous women. *Nursing, Health, and Public Health Journal, 1*(3), 31–39. (in Thai)

Huang, Y., Zhong, Y., Chen, Q., Zhou, J., Fu, B., Deng, Y., Tu, X., & Wu, Y. (2024). A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*(1), 400. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3

Karunayawong, P., Sukmanee, J., Butchon, R., Saeraneesopon, T., Boonma, C., Kunanusont, C., Lumbiganon, P., Morton, A., Teerawattananon, Y., & Isaranuwatchai, W. (2026). Trends and predictors of caesarean section in Thailand before and during the COVID-19 pandemic: A retrospective analysis of national hospitalisation data under the Universal Coverage Scheme. *BMJ Open*, *16*(2), e096080. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096080

Kasemphakdeephong, P. (2025). Associated factors for cesarean section in groups 1–4 Robson classification in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi. *Region 4-5 Medical Journal, 44*(1), 57–69. (in Thai)

Keawraktha, N. (2024). Effectiveness of relaxation training program and education provision for women with parturition at labor and delivery department, Si Satchanalai Hospital, Sukhothai Province. *Journal of Science and Technology Northern*, *5*(4), 76–94. (in Thai)

Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, *16*(2), 141-149. https://doi.org/10.1002/nur.4770160209

Mahfouzi, Y., Khavandizadeh Aghdam, S., Firoozi, M., & Hadisi, H. (2023). The effect of prenatal preparation classes on labor pain intensity, mother's satisfaction of delivery experience and some outcomes of normal vaginal delivery in nulliparous women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 26(9), 40–50. https://doi.org/10.22038/ijogi.2023.71591.5691

Pedseekiaw, T., & Thepha, T. (2025). The effect of a LINE-based childbirth preparation program on the level of fear of childbirth, pain score and pain coping behaviour in 1st stage of labour in primiparous women. *Journal of Regional Health Promotion Centre 7 KhonKaen, 17*(1), 203–215. (in Thai)

Prasarn, S. (2020). *Maternal and newborn nursing* (5th ed.). Thammasat University Press.

Prasittikan, N., Nochit, W., & Budsayapanpong, H. (2024). Effects of pain management program in the first stage of labor among primipara women with continuous labor support. *Journal of Nursing and Health Research*, *25*(1), 97–110. (in Thai)

Srisuwan, T. (2023). Effects of a continuous labor support program on pain and childbirth outcomes among primiparous women, Lamphun Hospital. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, *8*(3), 276–289. (in Thai)

ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 169-182

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ: การพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการปฏิบัติในบริบทไทย

The Role of Community Nurses in Music-Based Interventions in Nursing to Promote Older Adults' Wellbeing: Developing Competencies and Practice Guidelines for the Thai Context

พัชรี แวงวรรณ[1], วิชญ์ บุญรอด[2]*

Patcharee Wangwun[1], Vich Boonrod[2]*

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vichb@nu.ac.th)

(Received: May 8, 2026; Revised: October 18, 2026; Accepted: October 21, 2026)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ความต้องการบริการที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจึงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังขาดแนวทางการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยาที่เป็นมาตรฐานและนำไปใช้ได้อย่างเป็นระบบ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้ง ส่งเสริมการรู้คิด การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด ยังจำกัดอยู่ในบทบาทของนักดนตรีบำบัดเป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลชุมชน

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลชุมชนในการใช้ดนตรีเป็นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยาตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผล นำเสนอกรอบสมรรถนะครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ ช่องว่างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ หลักฐานเชิงประจักษ์ของการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลชุมชน และแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้ง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะและการปฏิบัติในบริบทประเทศไทยโดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะของ Benner (1984) ร่วมกับทิศทางเชิงกลยุทธ์ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2021–2025 ซึ่งมุ่งพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ การศึกษา การจ้างงาน ภาวะผู้นำ และการจัดบริการ เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] รองศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Associate Professor, Faculty of Humanities, Naresuan University

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลชุมชนด้านการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาวะได้มากขึ้น ลดการพึ่งพายา ส่งเสริมการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและวัฒนธรรมไทย ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: พยาบาลชุมชน, การพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยา, การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน, สุขภาวะผู้สูงอายุ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

Thailand has entered a completely aged society, resulting in an increasing demand for services that promote the physical, psychological, and social well-being of older adults. However, the primary healthcare system continues to lack standardized and systematically implemented non-pharmacological nursing interventions. Although growing evidence supports the effectiveness of music-based interventions in nursing in reducing depression, anxiety, and loneliness while enhancing cognitive function, social engagement, and quality of life among older adults, its application in Thailand remains largely confined to the role of music therapists and has not yet been established as a core competency of community nurses.

This academic article aims to describe the role of community nurses in using music as a non-pharmacological nursing intervention and to propose a competency framework and practice guidelines based on the nursing process, covering assessment, planning, implementation, and evaluation. It addresses four key areas: gaps in the primary healthcare system in promoting older adults' wellbeing; the evidence supporting music-based interventions in nursing; the roles and competencies of community nurses; and approaches to developing competencies and practice in the Thai context. The proposals draw on Benner's (1984) model and the World Health Organization's Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025, which focus on education, jobs, leadership, and service delivery so that nurses can practice to their full potential in primary health care.

The strengthening community nurses' competencies in evidence-based, music-based interventions in nursing can expand access to health promotion services for older adults, reduce reliance on pharmacological treatments, support culturally and community-responsive care, improve older adults' quality of life, and contribute to the sustainability of Thailand's primary healthcare system.

Keywords: Community nursing, Non-pharmacological interventions, Music-based interventions in nursing, Older adults' wellbeing, Primary health care

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.69 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2576 (National Economic and Social Development Council, 2024) ก่อให้เกิดความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าการขยายขีดความสามารถของโรงพยาบาลและระบบการรักษาในระยะเฉียบพลัน ความท้าทายเชิงโครงสร้างที่สำคัญที่สุดคือการเตรียมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้พร้อมรับมือกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุที่กระจายตัวอยู่ในชุมชน อันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งล้วนเป็นประเด็นสุขภาวะเชิงรุกที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน (World Health Organization, 2025) สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงรุกที่สามารถส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งพยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลชุมชนให้สามารถใช้การพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาแนวทางการตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติยืนยันว่า การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน (music-based interventions in nursing) เป็นการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ทั้งด้านอารมณ์ การรู้คิด การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิต การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน หมายถึง การประยุกต์ใช้ดนตรีอย่างเป็นระบบภายใต้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการเลือกประเภทดนตรี ระยะเวลา ความถี่ วิธีดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมของ Li et al. (2014) และ Ma and Ma (2023) สนับสนุนว่าการใช้ดนตรีสามารถลดภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว และส่งเสริมสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การทบทวนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของ Thummapol et al. (2025) ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสนับสนุนและการเตรียมบุคลากรเพื่อให้สามารถนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย แม้มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดนตรีหลากหลายรูปแบบเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เช่น การเล่นอังกะลุงร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิต (Wangwun et al., 2017) กิจกรรมดนตรีพื้นบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (Boonrod & Sittiwong, 2023) การใช้ดนตรีแบบกลุ่ม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานดูแล (Yu et al., 2022) และมีการศึกษานำร่องการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดที่ดำเนินการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่นักดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Intarot, 2018) แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่

ยังถูกมองเป็นกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมสันทนาการ มากกว่ากิจกรรมการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และยังจำกัดอยู่ในบทบาทของนักดนตรีบำบัด ซึ่งมีจำนวนจำกัดในประเทศไทย ช่องว่างสำคัญของระบบบริการสุขภาพไทยจึงมิใช่การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของดนตรี แต่เป็นการขาดกรอบสมรรถนะและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลชุมชนในการใช้ดนตรีเป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้ศักยภาพของพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2020) ยังไม่สามารถนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานเพื่อสุขภาวะผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม พยาบาลชุมชนจึงเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพสูงที่สุดในระบบบริการสุขภาพไทย เนื่องจากปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้องค์การอนามัยโลกจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลแบบไม่ใช้ยาและการดูแลที่เชื่อมโยงกับชุมชน (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยยังไม่มีกรอบสมรรถนะเฉพาะด้านการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานสำหรับพยาบาลชุมชน ส่งผลให้การใช้ดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุยังไม่สามารถพัฒนาเป็นบริการมาตรฐานในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างเชิงระบบของการใช้ดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ของการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานในฐานะการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยา อธิบายบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน และเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ซึ่งคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการศึกษา การพัฒนาวิชาชีพ การจัดบริการสุขภาพ และการกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างยั่งยืน

ช่องว่างเชิงระบบในการใช้ดนตรี เพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในบริบทของประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นฐานสำคัญในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แม้ว่าระบบบริการดังกล่าว สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม แต่รูปแบบการบริการส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการคัดกรองโรค การติดตามโรคเรื้อรัง และการดูแลทางกายเป็นหลัก ขณะที่การส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจ สังคม และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ยังได้รับการพัฒนาอย่างจำกัด

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา หลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศสนับสนุนอย่างต่อเนื่องว่าการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน เป็นการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยาที่สามารถส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว การส่งเสริมการรู้คิด

การเคลื่อนไหว การสื่อสาร และคุณภาพชีวิต (Li et al., 2014; Ma & Ma, 2023; Tang et al., 2025) ร่วมกับองค์การอนามัยโลกเสนอให้การใช้ศิลปะและดนตรี เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (Fancourt & Finn, 2019) สะท้อนให้เห็นว่าดนตรีมิใช่เพียงกิจกรรมนันทนาการ หากแต่เป็นเครื่องมือทางสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาบริบทของประเทศไทย พบช่องว่างเชิงระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice: EBP) ที่ทำให้การใช้ดนตรียังไม่สามารถพัฒนาเป็นบริการมาตรฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับการใช้ดนตรีในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้แต่ละหน่วยบริการดำเนินกิจกรรมตามประสบการณ์หรือความสนใจของบุคลากร มากกว่าการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Thummapol et al., 2025; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023)

2. กรอบสมรรถนะ (competency framework) ยังไม่มีการกำหนดบทบาท ความรู้ ทักษะ และตัวชี้วัดสมรรถนะของพยาบาลชุมชนในการใช้ดนตรีเป็นกิจกรรมการพยาบาล ส่งผลให้การจัดกิจกรรมขึ้นอยู่กับศักยภาพเฉพาะบุคคล และไม่สามารถขยายผลในระดับประเทศได้ (World Health Organization, 2021; Anekwit et al., 2018)

3. การรับรู้บทบาทของดนตรีในระบบบริการ พบว่า การใช้ดนตรีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงเรียนผู้สูงอายุ ยังคงถูกมองเป็นกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมสันทนาการ มากกว่ากิจกรรมการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ และการประเมินผลที่ชัดเจน ส่งผลให้กิจกรรมขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม (ThaiHealth Knowledge Sharing, 2024; Ramesh, 2024)

4. ระบบการคัดกรองและการเลือกรูปแบบกิจกรรมดนตรี พบว่า หน่วยบริการยังไม่ได้นำผลการคัดกรองภาวะสุขภาพ เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิด และภาวะซึมเศร้า มาใช้ร่วมกับการประเมินความชอบด้านดนตรีเพื่อเลือกประเภทของกิจกรรมดนตรีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุติดสังคม ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้กิจกรรมที่จัดขึ้นมักใช้รูปแบบเดียวกับผู้เข้าร่วมทุกกลุ่ม ซึ่งอาจไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุด ทั้งที่หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า ผลของดนตรีแตกต่างกันตามรูปแบบกิจกรรมและลักษณะของผู้สูงอายุ (Ma & Ma, 2023; Tang et al., 2025)

5. ระบบการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ายังไม่มีตัวชี้วัดมาตรฐานสำหรับประเมินผลของการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน ทำให้ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในอนาคต (Fancourt & Finn, 2019; Ma & Ma, 2023)

เมื่อวิเคราะห์ช่องว่างร่วมกันทั้ง 5 ประเด็นพบว่า ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่การขาดกิจกรรมดนตรี แต่เป็นการขาดกลไกเชิงระบบที่จะทำให้การใช้ดนตรีได้รับการยอมรับและนำไปใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยาในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนากรอบ

สมรรถนะของพยาบาลชุมชน ควบคู่กับการจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม และระบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์เข้าสู่การปฏิบัติ (evidence-to-practice translation) และยกระดับการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานให้เป็นบริการมาตรฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย

กิจกรรมดนตรีเพื่อสุขภาวะผู้สูงอายุ: หลักฐานเชิงประจักษ์และการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน

ดนตรีมิใช่เพียงกิจกรรมนันทนาการ หากแต่เป็นการพยาบาลเชิงบำบัดแบบไม่ใช้ยา สามารถดำเนินการได้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะภายใต้บทบาทของพยาบาลชุมชน การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าการใช้ดนตรีในผู้สูงอายุมีประสิทธิผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การรู้คิด และสังคม โดยผลการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานจากหลายการศึกษารายงานสอดคล้องกันว่า การฟังดนตรี การร้องเพลง การเล่นดนตรี และการเคลื่อนไหวประกอบจังหวะ สามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวทางสังคม พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการเคลื่อนไหว ความจำ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2014; Ma & Ma, 2023; Tang et al., 2025) นอกจากนี้ การฝึกเล่นเครื่องดนตรียังช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่บริหารจัดการสมอง (executive functions) ด้านการยับยั้งการตอบสนอง การสลับความคิด และความเร็วในการประมวลผลของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Rogers & Metzler-Baddeley, 2024)

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานควรตั้งอยู่บนหลักการที่ผสานหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (best available evidence) ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติ (clinical expertise) และความต้องการหรือค่านิยมของผู้รับบริการ (patient values and preferences) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023) หลักฐานปัจจุบันสนับสนุนการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานอย่างสอดคล้องกับองค์ประกอบของกรอบ PICO กล่าวคือ P: population คือ ผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานดูแลระยะยาว I: intervention คือ การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานในรูปแบบต่าง ๆ C: comparison คือ การดูแลตามปกติหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และ O: outcome คือ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิต ซึ่งผลลัพธ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน คือ การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม นอกจากผลลัพธ์ทางคลินิกแล้ว กลไกการทำงานของดนตรีต่อร่างกายและจิตใจ ยังได้รับการอธิบายจากหลักฐานทางประสาทวิทยาและจิตวิทยาว่า ดนตรีสามารถกระตุ้นระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความทรงจำ กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทโดพามีน (dopamine) เอ็นดอร์ฟิน (endorphin) และออกซิโทซิน (oxytocin) ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล (Nilsson, 2008) ขณะเดียวกันยังช่วยลดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และ

เพิ่มความยืดหยุ่นของสมอง (neuroplasticity) (Chanda & Levitin, 2013) นอกจากนี้ จังหวะดนตรียังช่วยประสานการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเดิน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางหรือโรคทางระบบประสาท (Thaut & Abiru, 2010)

เมื่อเชื่อมโยงหลักฐานดังกล่าวเข้าสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล จะเห็นได้ว่า การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน ควรได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความชอบด้านดนตรี และบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการประเมิน วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลลัพธ์ภายใต้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบมากกว่าการจัดกิจกรรมดนตรีในลักษณะสันทนาการทั่วไป ดังตัวอย่างในตาราง 1

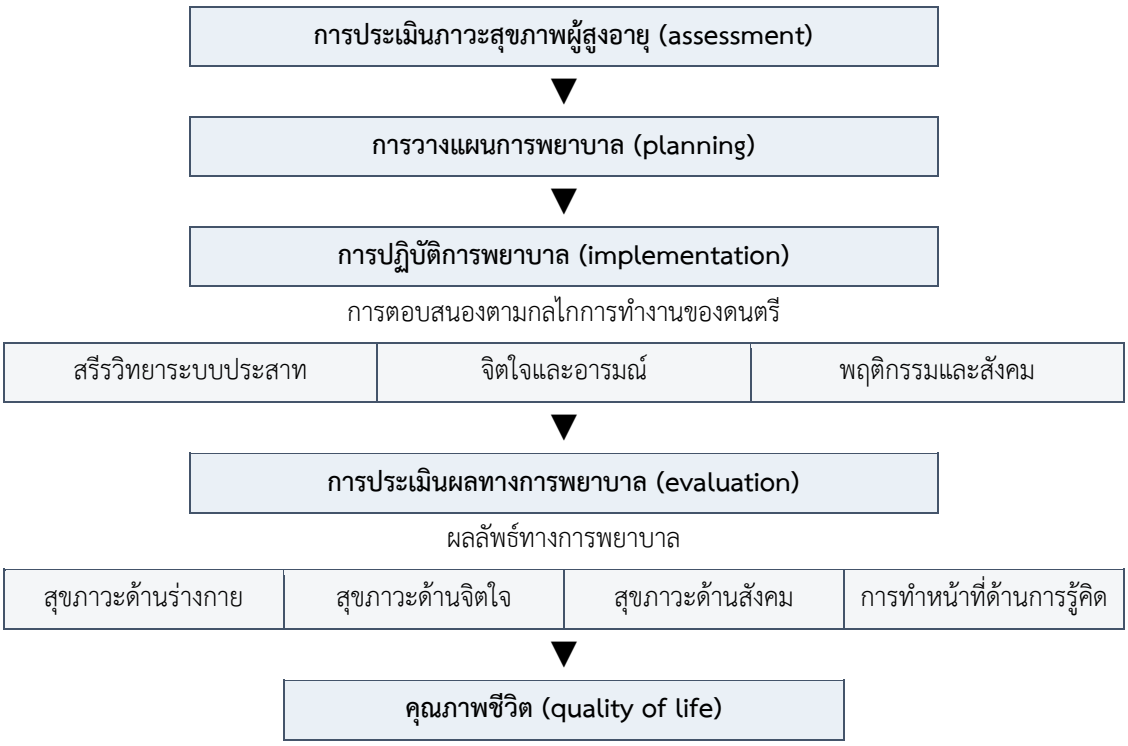
ตาราง 1 ตัวอย่างการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังตามกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ	การประเมินทางการพยาบาล	การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง
ติดสังคม	ภาวะสุขภาพทั่วไป ระดับกิจกรรมทางกาย ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม	จัดกิจกรรมรำวง 3 ส. การออกกำลังกายประกอบจังหวะดนตรีพื้นบ้าน การร้องเพลงหมู่ หรือกิจกรรมดนตรีเชิงสร้างสรรค์ (Wangwun et al., 2017; Boonrod & Sittiwong, 2023)	• เพิ่มกิจกรรมทางกาย • ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม • ลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง • ส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต
ติดบ้าน	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม และความชอบด้านดนตรี	เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ ร้องเพลงร่วมกับครอบครัว หรือจัดกิจกรรมดนตรีแบบรายบุคคล (Ma & Ma, 2023; Yu et al., 2022)	• ลดภาวะซึมเศร้า • ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม • เพิ่มความผ่อนคลาย • ส่งเสริมคุณภาพชีวิต
มีภาวะเปราะบาง	ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และสมรรถภาพการเคลื่อนไหว	จัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวประกอบจังหวะดนตรี (rhythmic movement exercise) หรือการเดินตามจังหวะดนตรี (Thaut & Abiru, 2010; Ma & Ma, 2023)	• เพิ่มการทรงตัว • เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ • ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม • คงไว้ซึ่งความสามารถในการเคลื่อนไหว
มีภาวะสมองเสื่อม	การรู้คิด ความจำ พฤติกรรมและอาการทางจิต (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ความชอบด้านดนตรีในอดีต	ใช้เพลงคุ้นเคย (familiar music) เพลงย้อนรำลึก (reminiscence music) การร้องเพลงร่วม หรือกิจกรรมดนตรีกระตุ้นความจำ (Li et al., 2014; Intarot, 2018)	• ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและกระวนกระวาย (BPSD) • กระตุ้นความจำและการรู้คิด • ส่งเสริมการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ตาราง 1 (ต่อ)

กลุ่มผู้สูงอายุ	การประเมินทางการพยาบาล	การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง
โรคพาร์กินสันหรือมีปัญหาการเคลื่อนไหว	การเดิน การทรงตัว ความเร็วในการเคลื่อนไหว และการประสานงานของร่างกาย	ใช้ดนตรีที่มีจังหวะสม่ำเสมอ (rhythmic auditory cueing) ร่วมกับการฝึกเดินหรือการออกกำลังกาย (Thaut & Abiru, 2010)	• เพิ่มความเร็วในการเดิน • เพิ่มการทรงตัว • เพิ่มการประสานการเคลื่อนไหว • ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

เมื่อสังเคราะห์หลักฐานข้างต้นร่วมกับกระบวนการพยาบาล สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมดนตรี ซึ่งก่อให้เกิดการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองทางระบบประสาทและสรีรวิทยา ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านพฤติกรรมและสังคม จากนั้นจึงประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG) ควรเป็นกระบวนการที่เป็นระบบบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ ดังแนวทางของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งออนแทรีโอ (Registered Nurses' Association of Ontario: RNAO) ซึ่งเป็นต้นแบบที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ (Grinspun & Bajnok, 2018)

บทความนี้เสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นกรอบในการประเมิน วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการใช้กิจกรรมดนตรีในผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดในภาพ 1 โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบสมรรถนะของพยาบาลชุมชน และการพัฒนาสมรรถนะตามแนวคิดของ Benner (1984) ทั้งนี้ แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกกิจกรรมดนตรีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน

แม้ว่าแนวปฏิบัติที่เสนอจะพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ยังจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ การทดลองใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการประเมินผลด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประสิทธิผล ก่อนนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในวงกว้าง

บทบาทพยาบาลชุมชนและกรอบสมรรถนะในการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยที่ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรู้คิดที่ซับซ้อนมากขึ้น การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานจึงเป็นแนวทางการดูแลแบบไม่ใช้ยาที่พยาบาลชุมชนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การดำเนินกิจกรรม การประเมินผล และการติดตามต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน

แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของกิจกรรมดนตรีอย่างต่อเนื่อง แต่ประเทศไทยยังขาดกรอบสมรรถนะเฉพาะสำหรับพยาบาลชุมชนในการประยุกต์ใช้กิจกรรมดนตรีอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลและขาดมาตรฐานในการปฏิบัติ เมื่อพิจารณาสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2009) ร่วมกับกรอบสมรรถนะและผลลัพธ์ระดับโลกเพื่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (people-centredness) การตัดสินใจ (decision-making) การสื่อสาร (communication) การทำงานร่วมกัน (collaboration) การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-informed practice) และการประพฤติปฏิบัติตนทางวิชาชีพ (personal conduct) สามารถสังเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นต่อการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐานได้ 6 ด้าน กรอบสมรรถนะดังกล่าว

สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม การจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินสมรรถนะของพยาบาลชุมชนในอนาคต สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาฐานสมรรถนะ (competency-based education) ที่เสนอให้ออกแบบการศึกษาและการพัฒนาบุคลากรสุขภาพตามสมรรถนะที่ระบบสุขภาพต้องการ (Frenk et al., 2010) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สมรรถนะพยาบาลชุมชนกับการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน

สมรรถนะพยาบาลชุมชน (สภาการพยาบาล)	กรอบสมรรถนะของ WHO (2022)	บทบาทในการพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน	ตัวอย่างกิจกรรม
การประเมินภาวะสุขภาพ (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์)	People-centeredness	ประเมินภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิด อารมณ์ และความชอบด้านดนตรี	การประเมิน ADL, MMSE, GDS, TUG และความชอบด้านดนตรี
การวางแผนการพยาบาล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ด้านวิชาการและการวิจัย)	Decision-making, Evidence-informed practice	วางแผนกิจกรรมดนตรีให้เหมาะสมกับปัญหาและศักยภาพของผู้สูงอายุ	กำหนดชนิดเพลง ความถี่ ระยะเวลา และเป้าหมายการดูแล
การปฏิบัติการพยาบาล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย)	People-centeredness, Personal conduct	ดำเนินกิจกรรมดนตรีอย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบท	ร้องเพลง ฟังเพลง ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหว ดนตรีย้อนรำลึก
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านสังคม)	Communication, Collaboration	สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ	จัดกิจกรรมกลุ่ม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร
การประเมินผล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์)	Evidence-informed practice, Decision-making	ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและปรับแผนการดูแล	ประเมินคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว การทรงตัว และความพึงพอใจ
การพัฒนาคุณภาพ (ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย)	Evidence-informed practice, Personal conduct	ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนานวัตกรรม และถ่ายทอดองค์ความรู้	จัดทำแนวปฏิบัติ (CNPG) ฝึกอบรมพยาบาล และติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ

กรอบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลชุมชนตามแนวคิด Benner

แนวคิดจากผู้เริ่มต้นสู่ผู้เชี่ยวชาญ (from novice to expert) ของ Benner (1984) อธิบายว่า การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ทางวิชาการ การฝึกปฏิบัติ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งระดับสมรรถนะออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ผู้เริ่มต้น (novice) ผู้เริ่มมีประสบการณ์ (advanced beginner) ผู้มีสมรรถนะ (competent) ผู้ชำนาญ (proficient) และผู้เชี่ยวชาญ (expert) การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน พยาบาลชุมชนควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างเป็นลำดับ ตั้งแต่การมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมดนตรีและกระบวนการพยาบาล ไปจนถึงความสามารถในการออกแบบโปรแกรม พัฒนานวัตกรรม ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนแนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กรและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การพัฒนาสมรรถนะสามารถนำไปใช้ได้จริง บทความนี้เสนอ กรอบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลชุมชนตามแนวคิดนี้ ร่วมกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (key performance indicators: KPIs) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม การประเมินสมรรถนะ และการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าทางวิชาชีพของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละระดับมีบทบาท สิ่งที่ควรพัฒนา และวิธีการพัฒนา ดังนี้

1. ผู้เริ่มต้น (novice) ปฏิบัติกิจกรรมดนตรีตามแนวปฏิบัติภายใต้การนิเทศ ควรพัฒนาความรู้พื้นฐานเรื่องดนตรีกับสุขภาพและการประเมินผู้สูงอายุ โดยเข้ารับการอบรมหลักสูตรพื้นฐาน ตัวชี้วัด คือ ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานและประเมินผู้สูงอายุได้ถูกต้อง

2. ผู้เริ่มมีประสบการณ์ (advanced beginner) ดำเนินกิจกรรมดนตรีและวางแผนการดูแลรายกรณีภายใต้การนิเทศ ควรพัฒนาทักษะการเลือกกิจกรรมดนตรีให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยฝึกปฏิบัติร่วมกับพี่เลี้ยงและอภิปรายกรณีศึกษา ตัวชี้วัด คือ ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์

3. ผู้มีสมรรถนะ (competent) วางแผนและจัดกิจกรรมดนตรีได้อย่างเป็นระบบด้วยตนเอง ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินผลลัพธ์ ควรพัฒนาทักษะการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ โดยเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการและทบทวนผลการดูแลร่วมกับทีม ตัวชี้วัด คือ คุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ

4. ผู้ชำนาญ (proficient) ออกแบบโปรแกรมดนตรีให้เหมาะกับบริบทชุมชน ให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงแก่พยาบาลรุ่นใหม่ ควรพัฒนาทักษะการออกแบบโปรแกรมและการเป็นพี่เลี้ยง โดยพัฒนาโครงการในพื้นที่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย ตัวชี้วัด คือ จำนวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและจำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา

5. ผู้เชี่ยวชาญ (expert) พัฒนานวัตกรรม จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทำวิจัยและเผยแพร่ผลงาน และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ควรพัฒนาภาวะผู้นำและทักษะการวิจัย โดยทำวิจัย สร้างเครือข่ายวิชาการ และเป็นวิทยากร ตัวชี้วัด คือ ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรม แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และการเป็นวิทยากรหรือที่ปรึกษา

บทสรุป

การพยาบาลโดยใช้ดนตรีเป็นฐาน เป็นการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรู้คิด บทบาทของพยาบาลชุมชนมีความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลผ่านกระบวนการพยาบาล โดยอาศัยสมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้ง การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG) สำหรับการใช้กิจกรรมดนตรีในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลชุมชน และการพัฒนาสมรรถนะตามแนวคิดของ Benner (1984) จะเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

Anekwit, N., Wibulchai, N., Noomsang, P., Krichan, S., Wangwun, P., & Saenyabut, C. (2018). Supplementary curriculum development to enhance nursing students' competencies to care for the elderly in the community based on contemplative education. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 28*(1), 88-102. (in Thai)

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Boonrod, V., & Sittiwong, T. (2023). A model of folk music activities for older adults emphasizing community participation to enhance sustainable wellbeing. *Journal of Academic Research, 6*(6), 173–194. https://doi.org/10.14456/jra.2023.137

Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences, 17*(4), 179–193. https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007

Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/329834

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet, 376*(9756), 1923–1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Grinspun, D., & Bajnok, I. (Eds.). (2018). *Transforming nursing through knowledge: Best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Sigma Theta Tau International.

Intarot, W. (2018). Understanding the effect of using music therapy programme without music therapists for seniors with early stage of dementia in Thailand: A preliminary study. *PSAKU International Journal of Interdisciplinary Research, 7*(1), 391-395. https://doi.org/10.2139/ssrn.3226781

Li, Y. H., Chen, S. M., Chou, M. C., & Huang, T. Y. (2014). The use of music intervention in nursing practice for elderly dementia patients: A systematic review. *Journal of Nursing, 61*(2), 84–94. https://doi.org/10.6224/JN.61.2.84

Ma, G., & Ma, X. (2023). Music intervention for older adults: Evidence map of systematic reviews. *Medicine, 102*(48), e36016. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000036016

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.

National Economic and Social Development Council. (2024). *Social situation and outlook report on Thai older persons*. Office of the National Economic and Social Development Council.

Nilsson, U. (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN Journal, 87*(4), 780–807. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.09.013

Ramesh, B. (2024). *Music therapy in Southeast Asia: Where are we?* World Federation of Music Therapy. https://www.wfmt.info/post/music-therapy-in-southeast-asia--where-are-we

Rogers, F., & Metzler-Baddeley, C. (2024). The effects of musical instrument training on fluid intelligence and executive functions in healthy older adults: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Cognition, 175,* 106137. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2024.106137

Tang, L., Feng, Z., Zhang, Y., & Tong, F. (2025). The effects of music-based interventions on cognitive function in cognitively normal older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 16*, 1632873. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1632873

ThaiHealth Knowledge Sharing. (2024). *Music therapy: A powerful positive tool for treating physical and mental illness***.** ThaiHealth. https://knowledgesharing.thaihealth.or.th/posts/post-1710831743 (in Thai)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2009). *Core competencies of professional nurses and midwives*. Thailand Nursing and Midwifery Council. (in Thai)

Thaut, M. H., & Abiru, M. (2010). Rhythmic auditory stimulation in rehabilitation of movement disorders: A review of current research. *Music Perception, 27*(4), 263–269. https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.263

Thummapol, O., Murad, S., Amodu, O., & Kennedy, M. (2025). Exploring the therapeutic effects of music intervention embedded with binaural beats on health and well-being of older people: A scoping review. *Journal of Applied Gerontology, 44*(2), 277–289. https://doi.org/10.1177/07334648241275965

Wangwun, P., Saenyabut, C., Samrannet, W., Chumnanborirak, P., Yowaphui, P., Korissaranuphab, N., Srikaew, S., & Sarapoke, P. (2017). Effects of using Ankalung activity with group process on self-esteem and quality of life of older persons. *Christian University of Thailand Journal, 23*(1), 1–15. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863

World Health Organization. (2022). *Global competency and outcomes framework for universal health coverage.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240034662

World Health Organization. (2025). *Mental health of older adults*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Yu, A. L., Lo, S. F., Chen, P. Y., & Lu, S. F. (2022). Effects of group music intervention on depression for elderly people in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), 9291. https://doi.org/10.3390/ijerph19159291

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 SarabanPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน – 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 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ไว้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ

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

4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ

5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ

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. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

   8.1 บทคัดย่อภาษาไทย

   8.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

   8.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

   8.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

   8.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

   8.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

8.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (รวมการตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

8.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

8.9 ผลการวิจัย

8.10 การอภิปรายผล

8.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

8.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

8.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

8.14 เอกสารอ้างอิง

9. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

9.4 เอกสารอ้างอิง

10. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลขตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม APA-American Psychological Association ในรูปแบบที่วารสารกำหนด ดังนี้

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

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Duangchan (2015)	(Surname, year) (Duangchan, 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) Duangchan et al. (2015)	(Surname[1] et al., year) (Duangchan et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิงมากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
	Duangchan (2015) and Sriyasak (2016)	(Duangchan, 2015; Sriyasak, 2016)
อ้างอิงแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ	Surname[1] (year as cited in Surname[2], year)	(Surname[1], year as cited in Surname[2], year)
	Duangchan (2015 as cited in Sriyasak, 2016)	(Duangchan, 2015 as cited in Sriyasak, 2016)

2. การเขียนในรายการอ้างอิง (Reference)

2.1 อ้างอิงจากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ และไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) การอ้างอิงจากเว็บไซต์จะต้องเป็นของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือและสามารถเข้าถึงได้แบบเป็นปัจจุบัน

2.2 ใช้ภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai)

2.3 ใส่ผู้ชื่อสกุลผู้แต่ง ตามด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อต้น หรือชื่อกลาง (ถ้ามี) กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ลำดับสุดท้าย ดังตัวอย่าง

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

2.4 เขียนอ้างอิงตามรูปแบบ ดังนี้

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). *Title of work* (..... ed.). Publisher. Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE. **กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ** McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed.). Elsevier. **บทในหนังสือ** Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed., pp. 1-18). Elsevier. **หมายเหตุ** *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
บทความในวารสาร	**แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI** ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร*, *ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. *Journal of Nursing Science*, *30*(1), 70-80. (in Thai)
	วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). 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. *NeoReviews*, *22*(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001
	วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators) ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปีค.ศ.). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร*, *ปีที่*(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. & Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. *An Online Journal of Education*, *16*(2), Article OJED-16-02-012. https://so0 1 . 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. *PLOS ONE*, *14*(2), Article e0212030. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030
วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์	**ไม่ได้ตีพิมพ์** ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). *ชื่อเรื่อง* [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). *A structural equation model on core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.
	จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.
	จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). *A development of Thai moral integrity scale for professional nurses* [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
รายงาน	**จัดทำโดยบุคคล สังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น** ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). *ชื่อเรื่อง*. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). *A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand*. Dhurakij Pundit University. (in Thai)
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (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** ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อสกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), *ชื่อหัวข้อการประชุม* (p. หรือ pp. เลขหน้า). สานักพิมพ์. 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. Çalişkan, & E. Demirhan (Eds.), *ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)*. 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. *Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences*, *2*(1), 9-18. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). *ชื่อบทความ*. ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). *Adolescent pregnancy.* 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 เท่านั้น และอาจแจ้งการส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ journal@pckpb.ac.th หรือโทรศัพท์ 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) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....

   คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้

   ☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/

   ☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)

   เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....

   ☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

   ☐ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ 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 ก่อนที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....

☐ หน่วยงาน ชื่อ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... **อีเมล** .....

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ (ขอให้เลือกประเภท ดังต่อไปนี้)

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

☐ บทความวิจัย ต้องการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

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

ชื่อบทความ.....

.....

ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน)

.....

.....

ลงนาม .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

หมายเหตุ กรุณาส่ง 1) ใบนำส่งบทความ 2) ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และ 3) หลักฐานการชำระเงิน

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศีรีรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

*****<u>กรณีโอนเงินผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้โอนในวันและเวลาราชการเท่านั้น ส่งหลักฐานทุกรายการทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอน</u>*****

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

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

ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (THAI JOURNAL CITATION INDEX: TCI)

กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573
อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th
เว็บไซต์ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck

