



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Vol.40 No.1 January – April 2026



วารสารพยาบาลสาธารณสุข
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1

Vol. 40 No. 1

ISSN 3057-014X (Print)

มกราคม – เมษายน 2569

January – April 2026

ISSN 3057-0158 (Online)

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง
4. รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
5. การศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

บทความวิชาการ

7. Factors Influencing the Functional Outcome after Total Hip Replacement (THR) in Elderly Patients: A Literature Review

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ตันสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวิวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชรพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์ชื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.นพวรรณ	เปี้ยชื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทยพันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	รศ.ดร.สุนีย์	ละก้าป็น	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณภูมิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
	ผศ.ดร.นาตา	ลักนหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.นิสากร	กรู้งไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ดร.มล.อาบนกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บทบรรณาธิการ

ในช่วงเวลาที่ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายทั้งจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะประชากรสูงวัย โรคอุบัติใหม่ การบาดเจ็บและสาธารณสุข วารสารการพยาบาลสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญยิ่งในการเป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงการดูแลเชิงป้องกัน การดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่อง และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยวารสารการพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้เป็นปีที่ 40 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2569 ประกอบด้วยบทความวิจัยที่เป็นประเด็นสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุข จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ (1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (4) รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ (5) การศึกษาการรับรู้การ การรบกวนการดำเนินชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และ (7) Factors Influencing the Functional Outcome after Total Hip Replacement (THR) in Elderly Patients: A Literature Review

วารสารการพยาบาลสาธารณสุข เป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยแต่ละบทความและงานวิจัย ได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานการเผยแพร่ผลงานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 และตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> ของวารสารและสอบถามเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่วารสาร โทร 095-7013182 และขออำนวยการให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรง มีพลังในการทำงาน และแคล้วคลาดปลอดภัยทุกประการ

ผศ.ดร.เพลินพิศ บุญยมาลิก
บรรณาธิการประจำฉบับที่ 1
เดือนมกราคม - เมษายน 2569

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 40 No. 1 January – April 2026

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	Factors Influencing Adaptation Among Caregivers of Patients with Terminal Illness	1
เตชินี ธรรมพิทักษ์*	Techinee Thampitak*	
อาภาพร เฝ้าวัฒนา**	Arpaporn powwattana**	
ลลิตา แก้ววิไล***	Lalita kaewwilai***	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์	The Effects of a Behavior Modification Program for Gingivitis Prevention Among Grade 7 Students, Si Narong District, Surin Province	21
สายรุ้ง บุญเลื่อน*	Sairung Bunluean*	
อรุณ บุญสร้าง**	Arun Boonsang**	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง	Factors Influencing Mental Health among Older Adults with Chronic Illness	37
พนิดา ศรีคชินทร์*	Panida Srikhachin*	
เครือวัลย์ ศรียารัตน์**	Kruewan Sriyarat **	
พัชรินทร์ พุ่มสุวรรณ***	Phatcharin Pumsuwan***	
ดวงใจ วัฒนสินธุ์****	Duangjai Vatanasin****	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์	Oral Health Care Model of Village Health Volunteers of The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Network	56
ธิดารัตน์ ศรีดารา*	Thidarat Sridara*	
อรุณ บุญสร้าง**	Arun Boonsang**	
การศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการ ดำเนินชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการ ในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	Symptom Perception, Interference with Daily Life, and Symptom Management Strategies among Women with Ovarian Cancer	77
สมทรง จีระวรานันท์*	Somsong Jiravarannun*	
สายไหม ตุ่มวิจิตร**	Saimai Tumwijit**	
แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์***	Jamchan Prateepmanowong***	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็น ผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล	Factors Associated with Lifelong Learning Characteristics among Nursing Students	103
จิราจันทร์ คงหา*	Jirajan kontha*	
ปิ่นแก้ว โชติอำนวย**	Pinkaew Choteamnuay**	
อัฉโรบล แสงประเสริฐ*	Atcharobon Sangpraseart*	
พรวิไล คล้ายจันทร์***	Pornwilai klaijun***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ	หน้า
Factors Influencing the Functional Outcome after Total Hip Replacement (THR) in Elderly Patients: A Literature Review Supattra Changsuphan* Lakkhana Chainok** Thanistha Samai***	118
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	133
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	140
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	141
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	142

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เตชินี ธรรมพิทักษ์*

อภาพร เผ่าวัฒนา** ลลิตา แก้ววิไล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาอำนาจการทำนายของภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี และ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จำนวน 113 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 114.95$, $SD. = 14.09$) และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 47.4 ($R^2 = .474$, $p < .05$) โดยการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = .389$, $p < .001$) รองลงมาคือ ภาระในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = .327$, $p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ($\beta = .174$, $p < .05$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย พัฒนารูปแบบ กิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการปรับตัวที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย / ผู้ดูแลผู้ป่วย / ผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย / ภาระในการดูแลผู้ป่วย

วันที่รับบทความ: 14 เมษายน 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 11 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 26 เมษายน 2569

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

***อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Influencing Adaptation Among Caregivers of Patients with Terminal Illness

Techinee Thampitak*

Arpaporn Powwattana**, Lalita Kaewwilai***

ABSTRACT

This correlational predictive study aimed to examine the adaptation among caregivers of terminal illness patients and the predictive power of caregiving burden, social support, caregiving self-efficacy, duration of caregiving, caregiver stress, coping strategies, and past experiences on caregiver adaptation. The study was based on Roy's adaptation theory as a conceptual framework. The sample consisted of 113 caregivers of terminal illness patients at Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Chai Si Hospital, and Phutthamonthon Hospital. Participants were selected by purposive sampling based on inclusion criteria. Data were collected using demographic record forms and seven questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results indicated that the caregivers had a moderate adaptation ($\bar{x} = 114.95$, $SD = 14.09$). Caregiver coping strategies, caregiving burden, and caregiving self-efficacy could explain 47.4% of the variance in caregiver adaptation ($R^2 = .474$, $p < .05$). The significant predictors were coping strategies ($\beta = .389$, $p < .001$), caregiving burden ($\beta = .327$, $p < .001$) and caregiving self-efficacy ($\beta = .174$, $p < .05$). The finding of this study can be used to enhance caregiver coping strategies by developing intervention programs to promote effective and suitable coping mechanisms. This will ultimately contribute to improved adaptation of caregivers in terminal illness patient

Key Words: caregiver adaptation/ caregivers/ terminal illness patients/ caregiver coping strategies/ caregiving burden

Article info: Received: April 14, 2025 Revised: September 11, 2025, Accepted: April 26, 2026

*Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

*** Lecturer, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพทย์มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้แนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก¹ มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้มีจำนวนสูงขึ้น โดยในปี 2565 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 20 ล้านคน และในปี 2593 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากกว่า 35 ล้านคนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77¹

สถานการณ์ทั่วโลกในปี พ.ศ.2020 พบว่าในแต่ละปีมีประชากร 56.8 ล้านคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง รวมถึงมีประชากร 25.7 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในกลุ่มประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายพบว่าผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-50 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ร้อยละ 5.7 โรคเบาหวานร้อยละ 4.6 และอื่นๆ¹ สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัย

ทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปี ร้อยละ 25.56² ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพที่สุด³ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น⁴ เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่มีอะไรค้างคาในใจและมีความสุขที่สุด ซึ่งนับเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง⁵

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย⁶ จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจในด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลงและมีสุขภาพแย่กว่าประชากรทั่วไป⁷ ด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเครียดในระดับสูงมาก⁸ การศึกษาในรัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา พบว่าเมื่อ

เปรียบเทียบความกังวลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับประชากรทั่วไป พบว่าผู้ดูแลมีภาวะกังวลร้อยละ 17.5 ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไป⁹ การศึกษาในประเทศไทยพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกรำคาญ และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น¹⁰ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์สำคัญที่เป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว เมื่อผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹ ซึ่งการจะส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

ในจังหวัดนครปฐม พบว่าสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในปี 2567 มีจำนวน 1,359 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยในเขตจังหวัดนครปฐมมีโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง 9 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลบางเลน โรงพยาบาลพุทธมณฑล โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลสามพราน และโรงพยาบาลกำแพงแสน ซึ่งโรงพยาบาลนครปฐมเป็นศูนย์ชิวารักษ์ และโรงพยาบาลอื่นเป็นศูนย์รับประสานและส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษาแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จากสถิติในปี 2567 พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 11.61 ผู้ป่วยส่วนมากที่กลับมาใช้ชีวิตที่บ้าน จะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน และญาติไม่สามารถรับมือกับความสูญเสียได้¹² จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในจังหวัดนครปฐม และการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนงานวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง¹³ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง¹⁴ เป็นต้น และงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 7 ปัจจัยคือ ภาระในการดูแลผู้ป่วย¹⁵ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁶ การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย¹⁷ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล¹⁸ ความเครียดของผู้ดูแล¹⁹ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล¹⁷ และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล²⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล

สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้หรือไม่ และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ผลที่ได้จากการศึกษาจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ภาวะในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

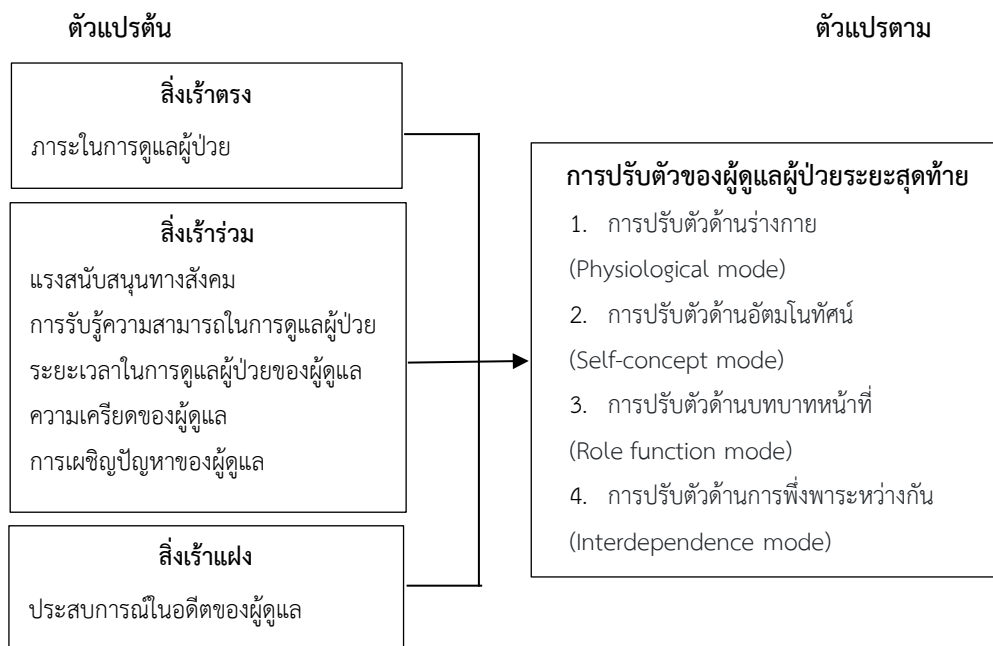
1. แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และความเครียดของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) เป็นกรอบแนวคิดซึ่งรอยเชื่อว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยระบบการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งนำเข้าหรือสิ่งเร้า ซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง กระบวนการควบคุม และสิ่งนำออก ซึ่งแสดงผลการปรับตัวออกมาในรูปของพฤติกรรมโดยมีการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน (interdependence mode) ผลลัพธ์การปรับตัวมี 2 ลักษณะคือ ปรับตัวได้ และปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัว

ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และห่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครปฐม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดนครปฐมที่มีเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สุ่มด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่มา 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลพุทธมณฑล

2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ โดยมีคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ด้านผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) < 30% หรือเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรืออยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม้ำน้ำเหลือง ตับ ปอด กระดูก สมอง เป็นต้น และได้รับการรักษาแบบประคับประคองอาการ

2. มีญาติหรือผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ด้านผู้ดูแล

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่บกพร่องในการสื่อสาร

3. เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลัก หากผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ให้ถือเอาบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

4. ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดงานวิจัยนี้

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง ด้านผู้ป่วย

1. ได้รับการรักษาโดยการนอนพักที่โรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือน

2. ไม่มีแผนการรักษาในการกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง ด้านผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างให้ดูแลผู้ป่วย หรือได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง $f^2 = .15$ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) อำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ = .80 โดยมีตัวแปรทำนายจำนวน 7 ตัวแปร คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 103 คน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา โดยงานวิจัยที่ทบทวนเป็นการศึกษาที่มีบริบทคล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้²¹ พบว่าความสมบูรณ์ในการตอบกลับของแบบสอบถามยังไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง (ด้านผู้ป่วย) คือ แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ของประเทศแคนาดา²² ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok : PPS adult Suandok)²³ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าด้านผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS < 30%

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเพ็ญศิริมรกต²⁴ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย แบบวัดมีจำนวน 32 ข้อ ซึ่งจะ เป็นคำถามด้านบวก 19 ข้อ คำถามด้านลบ 13 ข้อ ประกอบไปด้วยแบบวัด 4 ด้านตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย คือ การปรับตัวด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์จำนวน 8 ข้อ การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่จำนวน 8 ข้อ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นจำนวน 8 ข้อ การแปลผลระดับคะแนน คะแนนสูง หมายถึง การปรับตัวได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ของชนัญชิตา ทูลศิริและคณะ²⁵ จำนวน 22 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนค่า 5 ระดับ จาก 0-4 การแปลผลระดับคะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดย พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย²⁶ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้านทรัพยากรและวัตถุ 4 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 การแปลผลระดับคะแนนคะแนนสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล (Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy Scale) ของ Steffen และคณะ ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยเสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และ วินัส ลิ้นหกุล²⁷ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ 1.ด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก 2. ด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย และ 3. ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยแต่ละข้อจะเป็นการให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain

Index: CSI) ของโรบินสัน ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ การแปลผลระดับคะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบวัดการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของพนาต²⁹ มีข้อคำถาม 40 ข้อ มาตราวัด 5 ระดับ ประกอบด้วยรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา มีจำนวน 12 ข้อ การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 ข้อ และการเผชิญปัญหาแบบแบบถอยหนี 17 ข้อ การแปลผลระดับคะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีการเผชิญปัญหาในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำสำหรับแบบประเมินอื่นๆ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหา และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบความตรงตามเนื้อหา มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ และค่า CVI ของการศึกษาที่ผ่านมา มีค่า ≥ 0.8 ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทำการประเมินความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปนำทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.70 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.90 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เท่ากับ 0.94 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เท่ากับ 0.91 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85 และแบบวัดการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุมัติในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหน่วยดูแล

ผู้ป่วยระดับประคอง เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา

6. ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

7. ผู้วิจัยได้อธิบายถึงรายละเอียดของแบบสอบถามอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างจึงตอบแบบสอบถามระยะเวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

8. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ เก็บข้อมูลจนครบ 113 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA. No. MUPH 2023-108 ลงวันที่ 8 กันยายน 2566) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล สิทธิในการถอนตัว รวมถึงรับรองความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของผู้ตอบแบบสอบถามโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล ในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.1 มีอายุระหว่าง 40-59 ร้อยละ 43.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 สถานภาพคู่(ร้อยละ 53.1 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 30.1 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 25.7 มีรายได้ต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 31 ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 61 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน มากที่สุด

ร้อยละ 41.6 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 69.9 ไม่มีโรคประจำตัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยท่านอื่นๆมาก่อน ร้อยละ 75.2

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 75.2 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 58.4 เป็นมะเร็งปอด มากที่สุด ร้อยละ 15.9 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 9.7 และรองลงมาเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 19.4 โรคหัวใจระยะสุดท้าย ร้อยละ 8.9 โรคไตระยะสุดท้าย ร้อยละ 7 โรคอื่นๆ ร้อยละ 3.6 และกลุ่มโรคปอดระยะสุดท้าย ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ

การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในภาพรวมมีการปรับตัวในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 114.95$, $SD. = 14.09$) ส่วนใหญ่การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.2 ($SD. = 5.3$) รองลงมาเป็น การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.5 ($SD. = 4.9$) และการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.1 ($SD. = 4.5$) มีการปรับตัวด้านร่างกายน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.1 ($SD. = 4.2$)

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในภาพรวมมีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง ($\bar{x} = 22.46$, $SD. = 14.25$) ส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการดูแล ร้อยละ 46.9

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 56.30$, $SD. = 12.00$) ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ($SD. = 5.9$) รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.7 ($SD. = 4.9$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.2 ($SD. = 3.2$)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมในระดับสูง ($\bar{x} = 74.7$, $SD. = 16.9$) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถด้านการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วย มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.8 ($SD. = 19.2$) รองลงมาเป็นด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.3 ($SD. = 15.7$) และด้านการดูแลตนเองและการได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องการพัก น้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.1 ($SD. = 28.9$)

ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.04$, $SD. = 3.50$) เมื่อแบ่งตามระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 45.1 รองลงมาคือความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปาน

กลางและระดับต่ำเท่ากัน นั่นคือคิดเป็นร้อยละ 27.4

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาในภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.60$, $SD. = 0.41$) ส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหามากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 ($SD. = 0.6$) การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาแหล่งสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ($SD. = 0.6$) และการเผชิญปัญหาแบบถอยหนีน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 ($SD. = 0.5$)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดของ

ผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์พบว่า การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .550, .505, .408$ ตามลำดับ) และพบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วย และความเครียดของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.525, -.429$ ตามลำดับ) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกับประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

Table 1 The correlation between caregiver coping strategies, caregiving burden, caregiving self-efficacy, caregiver stress, social support, duration of caregiving, past experiences and caregiver adaptation

Factors	Pearson's correlation (r)	p-value
coping strategies	0.550	<.001
caregiving burden	-0.525	<.001
caregiving self-efficacy	0.505	<.001
caregiver stress	-0.429	<.001
social support	0.408	<.001
duration of caregiving	-0.064	.500
past experiences	0.049	.607

correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วม

ทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย การในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 47.4 ($R^2 = .474$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2

Table 2 The multiple correlation between predictor variables and caregiver adaptation

Predicting Factors	R ²	b	SE (b)	Beta	t	p-value
coping strategies	.303	13.21	2.59	.389	5.09	<.001
caregiving burden	.454	-0.32	.081	-.327	-4.00	<.001
caregiving self-efficacy	.474	0.14	.072	.174	2.02	.046
Constant = 63.73			10.11		6.38	<.001
R = .689	SE _{est} = 10.36	F = 4.08				
R ² = .474	R ² _{adj} = .460	Constant (a) = 63.73				

อภิปรายผลการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของชลดาทิพย์จันทร์³⁰ ที่ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวในระดับปานกลาง และงานวิจัยของเพ็ญศิริ มรกต²⁴ ที่ศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล พบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัว ในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวในด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้ดีที่สุด นั่นคือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความช่วยเหลือจาก

ครอบครัว และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ นั่นคือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นครอบครัว ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ระดับปานกลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุอยู่ในวัยทำงาน จึงต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ในการทำงาน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ซึ่งจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพ นั่นคือผู้ดูแลมีบทบาทที่เอื้อต่อการปรับตัวในบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคูณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอริฐ กาญจนจารี³¹ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรเพศหญิง และอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวังสำหรับเพศหญิง ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้รับบทบาทในการดูแลบุพการี ซึ่งถือเป็นการตอบแทนบุญคุณ แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นระยะสุดท้าย อาการของผู้ป่วยไม่แน่นอน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความกังวล และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านร่างกายระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีการช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างน้อย และเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลค่อนข้างสูง แต่เนื่องด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นครอบครัว ในครอบครัวจึงมีผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการปรับตัวด้านร่างกาย ผู้ดูแลจึงมีการปรับตัวด้านร่างกายในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ

2.1 การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด ($\beta = .389, p < .001$) อธิบายได้ว่า หากต้องการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาหรือการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลให้ดีขึ้น ซึ่งการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลถือเป็นความสามารถส่วนบุคคล และเป็นสิ่งเร้าร่วมตามทฤษฎีของรอย ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้นได้

สอดคล้องกับงานวิจัยของปัญญกาญจน์ ภิรมย์กิจ³² พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของกาญจนา กิ่งมะลิ¹⁷ พบว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ถ้ามีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมก็จะทำให้สามารถคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ถือเป็นการส่งเสริมมุมมองเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแล เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแล ซึ่งส่งผลถึงการปรับตัวที่ดีของผู้ดูแลเช่นกัน

2.2 ภาระในการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลในทางลบต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = -.327, p < .001$) อธิบายได้ว่าหากภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น จะทำให้การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแย่ลง ซึ่งภาระในการดูแลถือเป็นสิ่งเร้าตรงตามทฤษฎีของรอย จากผลงานวิจัยพบว่าพบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีการดูแลน้อยถึงปานกลาง ($\bar{x} = 22.46, SD. = 14.25$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นอาจมีภาระการดูแลที่ไม่มากเท่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบปกติ เพราะจะเน้นไปในการดูแลความสุขสบายทั้งกายและใจของผู้ป่วยมากกว่าการดูแลรักษาโรคให้หาย และเป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลส่วนมากจึงมีผู้ดูแลรอง

ที่ผลัดเปลี่ยนให้ความช่วยเหลือและลดภาระการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณทองอร่าม¹⁵ พบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด

2.3 การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\beta = .174, p < .05$) อธิบายได้ว่าหากต้องการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าร่วม ตามทฤษฎีของรอย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งคาดว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานผู้ดูแลจึงเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ สามารถเสียสละเวลาส่วนมากในการดูแล และจัดการธุระให้กับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความตั้งใจ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = 0.408, p < .01$) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาสูง (มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 34) และมีรายได้สูง

(มีรายได้ต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 31 ค่าเฉลี่ยรายได้อยู่ที่ 18,133.63 บาท) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจไม่มีความจำเป็นในการสนับสนุนทางด้านรายได้และทางด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ภาระในการดูแล และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แต่ทั้ง 3 ตัวแปรนั้นไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นจึงส่งผลให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

3.2 ความเครียดของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = -0.429, p < .01$) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความเครียดจากอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย และการช่วยเหลือตนเองได้ลดลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเครียดหลักของผู้ดูแล ซึ่งจากงานวิจัยครั้งนี้การประเมินความเครียดส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินความเครียดทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ไม่ได้เน้นหรือเฉพาะเจาะจงในข้อคำถามเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากสภาพร่างกายของผู้ป่วย จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ ความเครียดไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้

3.3ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = -0.064, p = 0.5$) และไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง

อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน มากที่สุดร้อยละ 41.6 ซึ่งเป็นระยะเวลาเริ่มแรกในการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจอยู่ในช่วงภาวะช็อคและปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง และอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการที่ไม่แน่นอนและทรุดลงอย่างรวดเร็ว ไม่เหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่อาการคงที่ และใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแล

3.4 ประสพการณ์ในอดีตของผู้ดูแล
เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = 0.049$, $p = 0.607$) และไม่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการอาการแสดงที่ไม่เหมือนกัน และต้องได้รับการดูแลที่ต่างกัน การดูแลต้องปรับเปลี่ยนไปตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละระยะอีกด้วย อีกทั้งข้อคำถามสำหรับปัจจัยนี้เป็นการให้เลือกตอบเพียง 2 ตัวเลือก คือเคยมีประสบการณ์และไม่เคยมีประสบการณ์ จึงทำให้ประสบการณ์ในอดีตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จุดแข็งจากงานวิจัย

เป็นงานวิจัยที่น่าทึ่งจากการปรับตัวของ รอยมาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งตัวแปรต้นประกอบไปด้วยสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงตามทฤษฎี และตัวแปรตามคือการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีการศึกษาจำนวนน้อย และข้อมูลการวิจัยที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลใน

การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตามหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนได้อย่างเป็นนอกระบบ

จุดอ่อนจากงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครปฐม ทำให้อาจเกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ป่วยในบริบทพื้นที่ การศึกษาที่แตกต่างกัน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในงานวิจัยนี้ ประกอบไปด้วยผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างกัน เช่นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น ดังนั้นอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิง

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 114.95$, $SD. = 14.09$) การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 47.4 ($R^2 = .474$, $p < .05$) โดยการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = .389$, $p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = .327$, $p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ($\beta = .174$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ควรมีการเพิ่มการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมให้กับ ผู้ดูแล เช่น ส่งเสริมและฝึกให้ผู้ดูแลมีการเผชิญหน้าที่เหมาะสมกับปัญหา โดยพยาบาล จำลองสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลกลับไป ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยน ความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล และแนะนำการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2. พยาบาลควรให้คำแนะนำเพื่อลด ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยให้สมาชิก ในครอบครัวผลัดกันมาดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ใน ชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และให้สมาชิก ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลควรมีการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้เรื่อง การดูแลเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หัตถการ ที่ญาติต้องไปทำต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดความ กังวล และเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความรู้ของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะ สุดท้าย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับ โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย โดยเน้นส่งเสริมไปที่การเผชิญ ปัญหาของผู้ดูแล การลดภาระผู้ดูแล และส่งเสริม การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายทุกคนที่เสียสละเข้าร่วมวิจัย เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลพุทธมณฑลและโรงพยาบาลราชบุรี ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

References

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2022
2. Ministry of Public Health. Strategy, indicators, and data collection guidelines of the Ministry of Public Health for the fiscal year 2019. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019.
3. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for end-of-life patient care. Journal of the department of medical services. 2014;1(2):1-2.
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Inter-net]. 2020 [cited 2022 Aug]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Yodmongkol P. Handbook for the public: Palliative care for end-of-life patients. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2013. (in Thai)

6. Pimpanit P, Isaramalai SA, Hattakit U. Family perspectives and needs for assistance in caring for terminal cancer patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2015;30(4):57-71. (in Thai)
7. Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *J Clin Epidemiol*. 1992; 45:861–70.
8. Dionne-Odom JN, Demark-Wahnefried W, Taylor RA, Rocque GB, Azuero A, Acemgil A, et al. The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Support Care Cancer*. 2017;25(8):2437–44.
9. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *Am J Public Health*. 1997;87: 2002–7.
10. Srihapak S. Situation, problems, and needs for long-term elderly care in the community under the long-term care fund, Khon Kaen Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(36):44–62. (in Thai)
11. Prommarat C. Factors affecting the quality of life of palliative care patients at a palliative care clinic. *Lanna Public Health Journal*. 2020;16(1):70–81. (in Thai)
12. Meekrongtham W. Patient care standards for the terminally ill in hospitals: a case study of Banglen District, Nakhon Pathom Province. 2017;3(2):135–47. (in Thai)
13. Komkham K, Rattanathanya D, Krainuwat K. Predictive factors of adaptation among caregivers of stroke patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2015;16(2):114–22. (in Thai)
14. Chumyen S. Factors influencing role performance among caregivers of dependent elderly people in Uttaradit Province [Master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
15. Tong-aram U. Influences of caregivers' preparedness, caregivers' burden, and caregivers' reward on adaptation of caregivers caring for patients with stroke. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery*. 2019;46(3):88-102. (in Thai).
16. Komsam K, Rattanathanya D, Krainuwat K. Predictive factors of adaptation among caregivers of patients with stroke. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2015;16(2):114-22. (in Thai).

17. Kingmali K. Factors influencing the well-being of families with members suffering from stroke [Master's thesis]. Burapha University; 2018. (in Thai)

18. Im-ot P. Factors influencing home care behaviors of family caregivers of patients with stroke [Master's thesis]. Christian University of Thailand; 2007. (in Thai)

19. Salika A, Wongsaree C, Thiarob P, Theeranate N, Kritiyawan J, Kritiyawan S, et al. Factors influencing adaptive behaviors of elderly patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis in a private hospital in Thailand. *MUT Academic Journal*. 2020;24(2):245–55. (in Thai)

20. Nampan J, Ueamaneekul N, Klampakorn S. Factors influencing performance of trained caregivers in caring for dependent elderly in Bangkok. *Burapha Nursing Journal*. 2020;28(3):43–52. (in Thai)

21. Songsangchan C. Factors predicting quality of life in family caregivers of terminal cancer patients [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)

22. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2). In: *Medical Care of the Dying*. 2006:121.

23. Suandok Palliative Care Center, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Suandok Palliative Care Model [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://w2.med.cmu.ac.th/spc/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=190&lang=en

24. Morrakot P. Impacts of an adaptation-promoting programme on caregiving relatives of terminal chronic disease patients [Master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2013. (in Thai)

25. Toonsiri C, Sansaroen R, Lawang W. Development of a caregiver burden scale for chronic illness caregivers. *J Nurs Educ*. 2011;4(1):62–75. (in Thai)

26. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(3):9–13. (in Thai)

27. Noimongkol S, Sombuntanon W, Lihahakul V. Selected factors related to resilience in family caregivers of older adults with dementia. *Nurs J Minist Public Health*. 2017;27(1):85–98. (in Thai)

28. Sasat S. Caring for dementia in Thailand: a study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society [PhD thesis]. Hull: University of Hull; 1998.

29. Saenjai P. The relationship between family attachment, self-esteem, and coping strategies of adolescents in Samut Prakan Province [Master's thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2011. (in Thai)

30. Tipayajan C. Adaptation of family caregivers providing end-of-life care for male inpatients at Selaphum Hospital, Roi Et Province. *Acad J Nurs Sci*. 2023;3(1):17–30. (in Thai)

31. Kanchanacharee O, Si-raphongngam Y, Mankong S. Roles and needs of caregivers of terminally ill patients in specialized palliative care settings. *Ramathibodi Nurs J*. 2017;23(3):328–43. (in Thai)

32. Phiriyakit P. Relationship between caregiver burden, coping behaviors, health status, and depression among caregivers of bedridden patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health*. 2023;17(2):60–79. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

สายรุ้ง บุญเลื่อน* อรุณ บุญสร้าง**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาตามปกติ การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกสถานะช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$, $P < 0.05$) ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์และสถานะเหงือกอักเสบน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ช่วยให้นักเรียนมีความรู้ รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบดีขึ้น ส่งผลต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์และสถานะเหงือกอักเสบลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน/ โรคเหงือกอักเสบ/ ปริมาณคราบจุลินทรีย์/
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1/ จังหวัดสุรินทร์

วันที่รับบทความ: 02 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 17 ตุลาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 27 กรกฎาคม 2568

*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

The Effects of a Behavior Modification Program for Gingivitis Prevention Among Grade 7 Students, Si Narong District, Surin Province

Sairung Bunluean* Arun Boonsang**

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a behavioral modification program for the gingivitis prevention among Grade 7 students in Sri Narong District, Surin Province. The sample consisted of 66 participants, divided into an experimental group (n=33) and a control group (n=33). Data collection was conducted over 12 weeks. The experimental group received a behavioral modification program for gingivitis prevention designed by the researcher, while the comparison group received conventional dental health education. Data were collected through questionnaires and oral condition record forms, and analyzed using descriptive and inferential statistics.

Findings revealed that post-experiment, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge ($P < 0.001$), self-efficacy ($P < 0.05$), and attitudes ($P < 0.001$) towards gingivitis prevention compared to the comparison group. Conversely, the comparison group showed higher mean scores in gingivitis prevention behavior ($P < 0.05$), with significantly lower plaque levels ($P < 0.001$) and gingivitis conditions ($P < 0.001$).

In conclusion, the behavior modification program for gingivitis prevention among Grade 7 students improved their knowledge, self-efficacy, attitudes, and behaviors related to gingivitis prevention. This program also resulted in a reduction in dental plaque and an improvement in gingivitis conditions.

Key Words: Prevention Behavior Modification Program/ Gingivitis/ Dental Plaque/
Grade 7 Students/ Surin Province

Article info: Received: July 02, 2024, Revised: October 17, 2024, Accepted: July 27, 2025

* M.P.H. Student College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

** Corresponding author: Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเหงือกอักเสบเป็นปัญหาสำคัญด้านทันตสาธารณสุข โดยพบมากรองจากฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ คือ การอักเสบของขอบเหงือกติดกับฟันและเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน¹ โดยอาจจะมีลักษณะบวม แดง และมีเลือดออกเมื่อตรวจด้วยเครื่องมือทางปริทันต์ ส่วนใหญ่โรคเหงือกอักเสบมักเกิดขึ้นและดำเนินโรคไปโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการมีเลือดออกขณะแปรงฟัน รวมถึงมีกลิ่นปาก แม้จะรักษาความสะอาดแล้วก็ตาม หากไม่เข้ารับการรักษา จะทำให้ลุกลามเป็นโรคปริทันต์อักเสบ โดยมีลักษณะสูญเสียเนื้อเยื่อรองรับฟันโดยรอบ เช่น เหงือก เอ็นยึดปริทันต์ ส่งผลให้ฟันถูกทำลาย และอาจส่งผลให้สูญเสียฟันในที่สุด²

จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบ ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อสภาวะเหงือกอักเสบ คือ พฤติกรรมการแปรงฟัน ซึ่งพบว่าอายุ 12 ปี แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 44.70 การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟัน ร้อยละ 12.20 เคยได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 84.70 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือก ร้อยละ 50.80 และอายุ 15 ปี แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 25.40 ด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.60 และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 3.40 เฉลี่ยวันละ 3.70 มวน ด้านการรับรู้และการรับบริการสุขภาพ เคยหยุดเรียนไปทำฟัน ร้อยละ 7.20 ตรวจฟัน ร้อยละ 53.60 รักษาฟันและเหงือก ร้อยละ 32.30³ และจากผลการดำเนินการกิจกรรมรณรงค์ “ฟันสะอาด

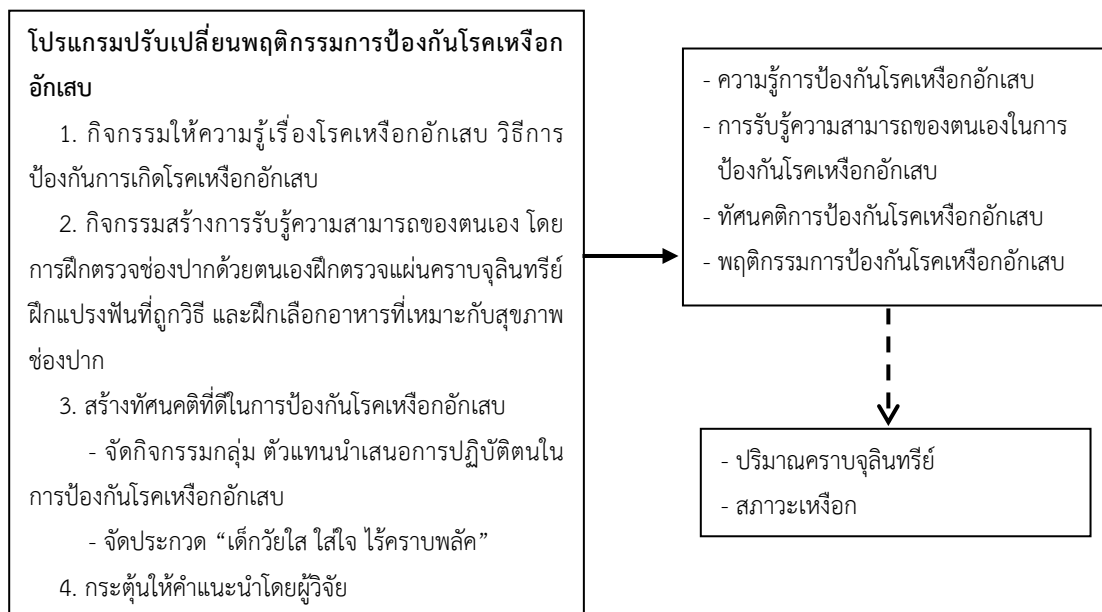
เหงือกแข็งแรง” มูลนิธิ พอ.สว. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ยังคงมีพฤติกรรมแปรงฟันไม่ถูกต้อง ประมาณร้อยละ 17.40, 17.51 และ 22.50 ตามลำดับ แสดงถึงการมีคราบจุลินทรีย์ที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมและกำจัดการาบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันการลุกลามไปยังไตเหงือก⁴ และจากรายงานข้างต้นพบว่า วัยที่มีอายุประมาณ 13-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ² เด็กมัธยมศึกษาตอนต้นมีการใส่ใจสุขภาพช่องปากลดลง โดยพฤติกรรม การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการเข้ารับบริการทันตกรรมลดลง³ การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกวิธีและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้การอักเสบเพิ่มขึ้น¹ เด็กในวัยนี้ เป็นวัยที่มีฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่ และเป็นวัยที่กำลังเรียนรู้ จึงเหมาะที่จะเริ่มปลูกฝังความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้สามารถป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งเป็นการปูรากฐานการพัฒนาประชาชนให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี⁵ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญและสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ร่วมกับทฤษฎีการ

รับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ช่วยป้องกันและลด การสูญเสียฟันในอนาคตได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

นำทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม⁶ โดยการ เรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านพุทธิ พสัย เป็นพฤติกรรมด้านสมอง เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ด้านจิตพิสัย เป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ เกี่ยวกับทัศนคติ และความเชื่อ ด้านทักษะพิสัย

เป็นการแสดงพฤติกรรมที่ได้จากการรับรู้และ ทฤษฎีรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา⁷ บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อกระทำ สำเร็จก็จะช่วยเสริมความมั่นใจในตนเอง ซึ่งนำมา ประยุกต์ใช้ โดยเชื่อว่าการเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ส่งผลต่อสภาวะปริมาณ คราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือก

อักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทัศนคติการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบ ทักษะการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

2.4 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะและพฤติกรรม การป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลองนักเรียนในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะและพฤติกรรม การป้องกันโรคเหื่ออกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังการทดลองปริมาณแผ่นการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบของนักเรียน ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนปริมาณแผ่นการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบน้อยกว่าก่อนการทดลอง

4. ภายหลังการทดลองปริมาณแผ่นการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบของนักเรียน ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนปริมาณแผ่นการบาดเจ็บและสภาวะเหื่ออกอักเสบน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทำการวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ที่อยู่ในเขตอำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 362 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁸ พริชา สัตนาโค⁹ ได้กลุ่มละ ไม่น้อยกว่า 29 คน ได้จากการเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย โดยจำนวนนักเรียนมีขนาดใกล้เคียงกัน สถานที่ไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งมีระยะทางห่างกัน 16 กิโลเมตร คือ โรงเรียนบ้านละมั่ง จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนบ้านตะโนน จำนวน 38 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อความสูญเสีย รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด มี 33 คน ได้กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน แต่เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนนักเรียนมากกว่า 5 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดกิจกรรมในภายหลัง ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 66 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือก

1.1 นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่ไม่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพหรือการเรียนรู้ช้า

1.2 นักเรียนมีพื้นฐานชั้นครบ 28 ชื่อ

1.3 นักเรียนสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่กำหนด

2. เกณฑ์การคัดออก

2.1 นักเรียนเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2.2 ผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการศึกษา

3. เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

3.1 กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

3.2 กลุ่มตัวอย่างย้ายโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน จำนวนเงินมาโรงเรียน การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 12 ข้อ พัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพรทิพย์ พิพัฒน์ศาสตร์⁴ ลักษณะเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 12 ข้อ ได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลง

แบบสอบถามจากงานของพรทิพย์ พิพัฒน์ศาสตร์⁴ มีรูปแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) กำหนด 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมาก ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจเล็กน้อย ไม่ค่อยมั่นใจ และไม่มั่นใจ เกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 12 ข้อ ได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงแบบสอบถามจากงานของอุฬาริกา โยสิทธิ์¹⁰ แบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และเกณฑ์การให้คะแนนเชิงลบ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 12 ข้อ ได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัยของพรทิพย์ พิพัฒน์ศาสตร์⁴ แบบมาตรวัด 3 ระดับ คือ เป็นประจำ นานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย เกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

2. แบบบันทึกสภาวะช่องปาก จำนวน 2 ข้อ ดังนี้

2.1 แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ การตรวจหาการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ของ Silness and Loe index¹¹ โดยการมองด้วยสายตาและใช้ปลายเครื่องมือตรวจฟัน (explorer หรือ periodontal probe) ลากผ่านผิวฟันบริเวณใกล้เหงือก แต่ละซี่ 4 ตำแหน่ง เกณฑ์การให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือไม่มีการติดสี 1 หมายถึง มองด้วยตาเปล่า ไม่มีคราบจุลินทรีย์ แต่เมื่อใช้ปลายเครื่องมือตรวจฟัน

ลากผ่านผิวฟันบริเวณที่ตรวจถึงจะเห็นคราบจุลินทรีย์ อาจเห็นติดสียอมเป็นจุด ๆ บริเวณคอฟัน 2 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เห็นติดสีบริเวณคอฟันคลุมบนตัวฟันจากขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน 3 หมายถึง มีคราบจุลินทรีย์จำนวนมากบริเวณขอบเหงือก ผิวฟัน และซอกฟัน เห็นสีติด จากขอบเหงือกมากกว่า 1/3 ของตัวฟัน

2.2 แบบบันทึกดัชนีเหงือกอักเสบ โดยใช้เกณฑ์ของ Loe และ Silness โดยตรวจฟันซี่ 16, 11, 26, 36, 31 และ 46¹² โดยใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (probe) สอดลงไป ในร่องเหงือกเบาๆ แต่ละซี่ 4 บริเวณ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน¹³ ดังนี้ 0 หมายถึง ลักษณะเหงือกปกติ ไม่บวมและไม่มีการอักเสบ 1 หมายถึง เหงือกอักเสบเล็กน้อย ลักษณะบวมเล็กน้อย สีของเหงือกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย 2 หมายถึง เหงือกอักเสบปานกลาง ลักษณะบวมแดงเป็นมันเงา และมีเลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือสอดเข้าไปในร่องเหงือก 3 หมายถึง เหงือกอักเสบรุนแรง เหงือกมีสีแดงจัด มีเลือดออกได้เอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ของแบบสอบถามและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบที่สร้างขึ้น หาค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้สูตร

การวิเคราะห์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) พบว่า แบบสอบถามความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามทัศนคติการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เท่ากับ 0.76

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและทันตบุคลากรแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง ใช้ระยะเวลา รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

1) สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบก่อนการทดลอง และบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ประกอบด้วย โครงสร้างและส่วนประกอบของเหงือก สาเหตุของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ลักษณะอาการของโรคเหงือกอักเสบ ข้อเสียของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ วิธีการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ การเลือกรับประทานอาหาร และการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกวิธี ร่วมกับการดูวิดีโอประกอบการบรรยาย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

2) สัปดาห์ที่ 2 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเหงือก

อักเสบ โดยให้นักเรียนฝึกตรวจช่องปากด้วยตนเอง ฝึกตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยใช้มีดสีย้อมฟัน และจับคู่กับเพื่อนสลับกันตรวจฟันพร้อมบันทึกสีฟันที่ติดสีลงในแบบบันทึก ฝึกแปรงฟันที่ถูกวิธี และฝึกเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพช่องปาก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3) สัปดาห์ที่ 3 สร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน แต่ละกลุ่มตั้งชื่อกลุ่มเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โดยมีกิจกรรมวาดรูปเหงือกที่ปกติกับเหงือกที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ พร้อมอธิบายสาเหตุการเกิดโรค และสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

4) สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบอย่างต่อเนื่อง โดยให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทน กลุ่มละ 2 คน ออกมาเล่าวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยแสดงบทบาทสมมติ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

5) สัปดาห์ที่ 5-8 กระตุ้นและให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยและทันตบุคลากร เกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

6) สัปดาห์ที่ 9 จัดประกวด “เด็กวัยใสใจไร้คราบพลัค” ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีสุขภาพช่องปากดี หลังใช้มีดสีย้อมฟัน ผู้เข้ารอบออกมานำเสนอคติประจำใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้รางวัลแก่ผู้ชนะโดยผู้วิจัยและครู

ประจำชั้น/ครูอนามัย ผ่านการโหวตผู้ชนะจากเพื่อน ๆ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

7) สัปดาห์ที่ 10-12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบหลังการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

1) สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบก่อนการทดลอง และบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ ประกอบด้วย โครงสร้างและส่วนประกอบของเหงือก สาเหตุของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ลักษณะอาการของโรคเหงือกอักเสบ ข้อเสียของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ วิธีการป้องกัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ การเลือกรับประทานอาหาร และสาธิตการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกวิธี ฝึกตรวจช่องปากด้วยตนเอง ฝึกตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยใช้มีดสีย้อมฟัน และจับคู่กับเพื่อนสลับกันตรวจฟันพร้อมบันทึกสีฟันที่ติดสีลงในแบบบันทึก และฝึกแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

2) สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบหลังการทดลอง ใช้เวลาโดยรวมประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ UBU-REC 145/2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ นักเรียนสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยผู้ปกครองยินยอมให้ นักเรียนเข้าร่วมศึกษา นักเรียนมีสิทธิยุติการเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลส่วนตัวของนักเรียนทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.64 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.79 ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.42 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ พ่อ แม่ ร้อยละ 75.76 จำนวนเงินมาโรงเรียนต่อวัน 20-40 บาท ร้อยละ 48.48 ประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา พบไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 75.76

กลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.55 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.64 ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.45 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ พ่อ แม่ ร้อยละ 60.61 จำนวนเงินมาโรงเรียนต่อวัน 20-40 บาท ร้อยละ 48.48 ประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา พบไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 57.58

1. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทักษะการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ และสภาวะเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

Table 1 presents the mean differences in scores for knowledge, self-efficacy, attitudes, and behaviors related to gingivitis prevention, along with changes in plaque quantity and gingivitis conditions, within the experimental group from pre- to post-intervention

Experimental period (pre- and post-intervention)	Number	Average	Total	Z	P -value
Knowledge of Gingivitis				-4.077	0.001*
Prevention	3	4.00	12.00		
Average score decreased	22	14.23	313.00		
Average score increased	8				
The average score unchanged					
Self-efficacy in Gingivitis				-2.196	0.028
Prevention	10	13.60	136.00		
Average score decreased	21	17.14	360.00		
Average score increased	2				
The average score unchanged					
Attitude toward Gingivitis				-4.046	0.001*
Prevention	6	9.17	55.00		
Average score decreased	27	18.74	506.00		
Average score increased	0				
The average score unchanged					
Behaviors for Gingivitis				-3.194	0.001*
Prevention	6	11.67	70.00		
Average score decreased	23	15.87	365.00		
Average score increased	4				
The average score unchanged					
Plaque Quantity				-4.871	0.001*
Average score decreased	31	17.84	553.00		
Average score increased	2	4.00	8.00		
The average score unchanged	0				
Gingivitis condition				-5.012	0.001*
Average score decreased	33	17.00	561.00		
Average score increased	0	0.00	0.00		
The average score unchanged	0				

* p -value < 0.001

จากตารางที่ 1 ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คือ คะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ (เพิ่มขึ้น 22 ราย เท่าเดิม 8 ราย และลดลง 3 ราย) คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ (เพิ่มขึ้น 21 ราย ลดลง 10 ราย และเท่าเดิม 2 ราย) คะแนนเฉลี่ยในด้านทัศนคติการป้องกันโรคเหงือกอักเสบคะแนน (เพิ่มขึ้น 27 ราย และลดลง 6 ราย) และคะแนนเฉลี่ยในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือก

อักเสบ(เพิ่มขึ้น 23 ราย ลดลง 6 ราย และเท่าเดิม 4 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์มีลดลงอย่างชัดเจน (31 ราย และเพิ่มขึ้น 2 ราย) และภาวะเหงือกอักเสบลดลง (ลดลง 33 ราย)

2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยในด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทัศนคติการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ และสภาวะเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

Table 2 compares the mean differences in gingivitis prevention knowledge between the experimental and comparison groups, measured pre and post intervention. Within-group differences were assessed with Non-Parametric statistics to account for non-normal data distribution

	experimental group		comparison group		Z	p-value
Experiment period	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	Rank	Ranks	Rank	Ranks		
Knowledge of gingivitis prevention						
Pre intervention	34.24	1130.00	32.76	1081.00	-0.322	0.747
Post intervention	44.47	1467.50	22.53	743.50	-4.739	0.001*
Self-efficacy in Gingivitis Prevention						
Pre intervention	35.71	1178.50	31.29	1032.50	-0.938	0.348
Post intervention	40.55	1338.00	26.45	873.00	-2.988	0.003
Attitude toward Gingivitis Protection						
Pre intervention	31.06	1025.00	35.94	1186.00	-1.042	0.297
Post intervention	42.53	1403.00	24.47	807.00	-3.847	0.001*

	experimental group		comparison group		Z	p-value
Experiment period	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	Rank	Ranks	Rank	Ranks		
Behaviors for Gingivitis						
Prevention						
Pre intervention	32.42	1070.00	34.58	1141.00	-0.457	0.648
Post intervention	39.91	1317.00	27.09	894.00	-2.727	0.006
Plaque quantity						
Pre intervention	33.39	1102.00	33.61	1109.00	-0.045	0.964
Post intervention	23.45	774.00	43.55	1437	-4.270	0.001*
Gingivitis condition						
Pre intervention	31.30	1033.00	35.70	1178.00	-0.939	0.348
Post intervention	18.73	618.00	48.27	1593.00	-6.289	0.001*

*p-value < 0.001

จากตารางที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มในทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งครอบคลุมด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทักษะการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ปริมาณคราบจุลินทรีย์และสถานะเหงือกอักเสบ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับคือ 34.24, 35.71, 31.06, 32.42, 33.39 และ 31.30 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 32.76, 31.29, 35.94, 34.58, 33.61 และ 35.70 ตามลำดับ สำหรับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คือ ด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านทักษะการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ปริมาณคราบจุลินทรีย์และ

สถานะเหงือกอักเสบ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 44.47, 42.73, 23.45 และ 18.73 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 22.53, 24.27, 48.27 และ 48.27 ตามลำดับ ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ย 26.45 และ 27.09 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านความรู้การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทักษะการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ

โรคเหงือกอักเสบ พฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ ร่วมกับทฤษฎีรับรู้ความสามารถตนเองจากการให้ความรู้ผ่านการบรรยายร่วมกับใช้วิดีโอเป็นสื่อประกอบ การฝึกตรวจช่องปากด้วยตนเอง ฝึกตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ ฝึกแปรงฟันที่ถูกต้องด้วยวิธีขยับ-ปัด และฝึกเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพช่องปาก ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่มีความมั่นใจในเรื่องการแปรงฟัน การเลือกรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปากตนเอง และสามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้ การจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ และการเข้าร่วมกิจกรรมประกวด “เต๋กวัยใส ใส่ใจ ไร้คราบพลัค” มีตัวแทนนักเรียนนำเสนอถึงทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการกระตุ้นให้คำปรึกษา ชื่นชมและมอบรางวัลแก่ผู้ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี ทำให้นักเรียนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตลอดจนสามารถสร้างทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง เมื่อเวลาผ่านไปนักเรียนปฏิบัติเป็นประจำ ส่งผลให้คราบจุลินทรีย์ลดลง และสภาวะเหงือกอักเสบลดลงตามมา จากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมเมื่อนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจก็จะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ และ Bandura กล่าวว่า

การจะกระทำสิ่งใดให้บรรลุผล เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง เมื่อทำสำเร็จแล้ว จะช่วยเสริมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง¹⁴ และความสำเร็จนั้นจะทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นต้องฝึกทักษะให้เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมๆกับการทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะทำได้¹⁵ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่นของ ยุการ์ธน์ ทุมแก้ว และรุจิรา ดวงสงค์¹ การจัดกิจกรรม ได้แก่ การจัดมุมทันตสุขศึกษา การบรรยายประกอบสื่อ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของศตายุ ผลแก้ว และคณะ¹⁵ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีกิจกรรมกลุ่ม นำเสนอบุคคลตัวอย่างที่มีสุขภาพเหงือกดี การปฏิบัติตัวในการทำให้มีสุขภาพเหงือกที่ดี การพูดให้กำลังใจเพื่อให้มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้ ทำให้นักเรียนรับรู้ความสามารถของตนเองได้ และสอดคล้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในเด็กวัยเรียน อายุ 12-15 ปี ในเมืองดาร์น ประเทศเนปาล ของ Subedi K, et al.¹⁶ พบว่า การให้ความรู้ในโรงเรียนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก

เมื่อมีการกระทำซ้ำๆ และการมีโปรแกรมสุขศึกษาด้านสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้เหงือกมีสุขภาพดีขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลองลดลง อาจเกิดจากนักเรียนยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยังชัดเจน ทั้งองค์ประกอบในบุหรี่และผลกระทบ รวมทั้งผู้วิจัยอาจไม่ได้เน้นเรื่องบุหรี่ และกระบวนการเกิดโรคเหงือกอักเสบจากการสูบบุหรี่เท่าที่ควร ทำให้นักเรียนมีความเข้าใจและการรับรู้เรื่องบุหรี่ยังไม่ชัดเจน มีนักเรียนบางส่วนที่ไม่มั่นใจเลยในตนเอง ในข้อการแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การแปร่งฟันแบบแห้ง การแปร่งลิ้น เวลาที่ใช้ในการแปร่งฟัน การเลือกรับประทานผัก ผลไม้ หรือธัญพืชแทนขนมหวาน ซึ่งอาจเกิดจากอุปนิสัยความเคยชินของนักเรียน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงยังไม่มี ความมั่นใจว่าสามารถทำได้ การแปร่งฟันอย่างเดียวก็เพียงพอแล้วที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ อาจเป็นเพราะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงลบ ทำให้นักเรียนเกิดความสับสนได้ นักเรียนใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังแปร่งฟัน ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากการใช้ไหมขัดฟันเป็นสิ่งที่นักเรียนไม่เคยเรียนรู้มาก่อน และวิธีการใช้ค่อนข้างยาก ใช้เวลานาน ร่วมกับต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ในการหาซื้อไหมขัดฟัน ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากทุก ๆ 6 เดือน นอกจากนี้ นักเรียนอาจมีทัศนคติที่ว่า การแปร่งฟันด้วยวิธีขยับ-ปิด ช่วยป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ จึงไม่เห็นความสำคัญกับการใช้ไหมขัดฟัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงเรียน สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เป็นแนวทางการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และการควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้

2. สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบไปประยุกต์ใช้กับระดับชั้นและกลุ่มวัยอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. เชิญชวนผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบ เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียน ตระหนักรู้ และนักเรียนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้อย่างยั่งยืน

2. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากรูปแบบอื่น เพื่อให้ได้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบที่เหมาะสมกับวัย และได้ประสิทธิผลที่ดีที่สุด

References

1. Thumkaew Y, Duangsong R. Results of the dental health education program to change behavior in preventing gingivitis of students in Prathom 6 at Wiang Kao District Primary School. Khon Kaen Province. Dent Care J. 2018;29(1):36-48. (In Thai).

2. Rathee M, Jain P. Gingivitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [Accessed 2023 Mar 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557422/>
3. Bureau of Dental Public Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on the results of the 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017. Nonthaburi: Sam Charoen Phanit (Bangkok) Co., Ltd.; 2018. (In Thai).
4. Chudet S, Singsamart S, Worachotikamjorn K. Innovations of plaque disclosing in dental care. Continuing Pharmaceutical Education Center [Accessed 2013 March 11] . Accessible from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=535 .
5. Bualoy P, Loyha K, Wonglao P. Results of the program applying self-efficacy theory with social support in developing health behaviors to prevent gingivitis among secondary school students. Year 1, Map Ta Phut Municipality Mueang Rayong District Rayong Province. Journal of Public Health Research Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2021;10(1):70-81. (In Thai).
6. Pradabwet R. Guidelines for organizing learning activities with technology according to Bloom's taxonomy. Veridian Electronic Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2017;10(3):1051-65. (In Thai).
7. Sirithet P, Thammasiha N. Self-efficacy theory and health care behavior of the elderly. Army Journal 2020;20(2):58-65. (In Thai).
8. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Hoboken, NJ: Wiley; 1990.
9. Sattanako P. Results of the oral health care behavior change program. To prevent dental caries and gingivitis among students in grades 4–6 in Selaphum District. Roi Et Province [Master's thesis]. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2019. (In Thai).
10. Yosit U. Behaviors and factors associated with oral health care by parents of preschool children in child care centers municipal Tha Pha District Lampang Province [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University, 2015

11. Bucha S, Sompong S. Effectiveness of the dental health education program by applying self-efficacy theory to prevent gingivitis in Mathayom 3 students, Tao Ngoi District, Sakon Nakhon Province. *Dental care journal*. 2018;29(2):1-12. (In Thai).

12. Nammontri O, Chuekul T, Kitt S, Saksit P. Results of the application of self-efficacy theory in reducing the amount of plaque and gingivitis in primary school students. *Dental care journal*. 2020;31(1):71-86. (In Thai).

13. Wongchachom W. Systematic literature review and meta-analysis of the effectiveness of electric toothbrushes and manual toothbrushes on oral health. [Master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2018. (In Thai).

14. Panthewan P. Self-efficacy theory and smoking cessation. *Army Journal* 2017;18(3):35-43. (In Thai).

15. Phonkaew S, Phromsaka T, Kintaisong S, Nuengchalerm N, Chomngam P, Soithong P, et al. Effects of the dental health education program on gingivitis prevention behavior of Mathayom 3 students. *Journal of Public Health and Health Education*. 2021;1(1):61-76.(In Thai).

16. Subedi K, Shrestha A, Bhagat T, Baral D. Effectiveness of oral health education intervention among 12-15-year-old school children in Dharan, Nepal: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):525.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

พนิดา ศรีชื่นทร์* เครือวัลย์ ศรียารัตน์**

พัชรินทร์ พุ่มสุวรรณ*** ดวงใจ วัฒนสินธุ์****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกลาง จังหวัดระยอง จำนวน 155 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความเมตตา กรุณาต่อตนเอง แบบสอบถามความยืดหยุ่นทางใจ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 73.50 รองลงมาคือ ระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 21.30 และระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 5.20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความยืดหยุ่นทางใจ ($\beta = 0.38, p < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.23, p < 0.01$) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27.20 ($R^2 = 0.272, \text{Adjusted } R^2 = 0.262, F(2, 152) = 28.36, p < 0.001$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความยืดหยุ่นทางใจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ได้เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต/ ภาวะสุขภาพจิต/ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง/ ความยืดหยุ่นทางใจ/
การสนับสนุนทางสังคม

วันที่รับบทความ: 22 ตุลาคม 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 26 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 26 เมษายน 2569

* นักวิชาการอิสระ

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, E-mail: kruewan.c@stin.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกลาง จังหวัดระยอง

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Factors Influencing Mental Health among Older Adults with Chronic Illness

Panida Srikhachin* Kruewan Sriyarat **

Phatcharin Pumsuwan*** Duangjai Vatanasin****

ABSTRACT

Older adults with chronic illnesses are at an elevated risk of developing mental health problems due to the complex and ongoing nature of their conditions. This descriptive, predictive correlational study aimed to examine factors influencing mental health among older adults with chronic illnesses. The sample consisted of 155 older adults receiving services at a chronic disease clinic at Klaeng Hospital, Rayong Province, selected using simple random sampling. Data were collected using self-administered questionnaires that measured self-compassion, resilience, lifestyle medicine behaviors, perceived social support, and mental health. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of older adults with chronic illnesses had mental health levels above the general population norm (73.50%), followed by levels comparable to (21.30%) and below (5.20%) the general population. Stepwise multiple regression analysis indicated that resilience ($\beta = 0.38$, $p < 0.001$) and social support ($\beta = 0.23$, $p < 0.01$) were significant predictors, collectively accounting for 27.20% of the variance in mental health ($R^2 = 0.272$, adjusted $R^2 = 0.262$, $F(2, 152) = 28.36$, $p < 0.001$).

These findings suggest that resilience and social support are key factors influencing the mental health of older adults with chronic illnesses. Consequently, these variables may serve as evidence-based targets for designing and implementing mental health promotion programs for this population.

Key Words: Lifestyle medicine behaviors/Mental health/Older adults with chronic illness/
Resilience/ Social support

Article info: Received: October 22, 2025 Revised: April 26, 2026, Accepted: April 26, 2026

* Independent Scholar

** Corresponding Author, Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,

E-mail: kruewan.c@stin.ac.th.

*** Professional Registered Nurse, Klaeng Hospital, Rayong Province

**** Associate Professor Faculty of Nursing Chulalongkorn University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 14,848,192 คน จากประชากรทั้งหมด 65,904,296 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมากกว่า 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด¹ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก² ที่ระบุว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรทั่วโลกประมาณหนึ่งในหกคนจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืนเพิ่มขึ้น หนึ่งในประเด็นสำคัญที่พบ คือ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 55-75 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง³ โดยผู้สูงอายุจำนวนมากยังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁴ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก⁵ ที่ระบุว่าความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงตามความเสื่อมตามวัย

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีภาวะพึ่งพิง รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และบางรายอาจสูญเสียบทบาททางสังคม⁵ ผู้สูงอายุที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคเรื้อรังในระยะยาวเผชิญกับการรักษาที่ซับซ้อนและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ต้องเผชิญกับความป่วยเป็นเวลานาน อาจเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า⁶ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การลดลงของสมรรถนะทางปัญญา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนและชนิดของโรค ที่เป็นร่วมกัน⁷ จากการศึกษาของ Prasansri และคณะ (2024)⁸ พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะสุขภาพจิตดี (Good) ร้อยละ 43.10 สุขภาพจิตพอใช้ (Fair) ร้อยละ 37.30 และสุขภาพจิตไม่ดี (Poor) ร้อยละ 19.60

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า ภาวะสุขภาพจิตเป็นสภาวะของความเป็นอยู่ที่บุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม ภาวะสุขภาพจิตที่ดีไม่เพียงหมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงความสามารถในการปรับตัว การเผชิญและจัดการกับปัญหา การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม¹⁰ ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลเป็นผลจากการทำงานร่วมกันของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างซับซ้อน โดย ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นลักษณะทางจิตใจและความสามารถของบุคคล ได้แก่ การจัดการอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญ

ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยอาจเป็นทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่ปัจจัยภายนอกที่เป็นบริบทแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่ เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทั้งสองด้านนี้มีอิทธิพลต่อกันและร่วมกันกำหนดระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคคล

งานวิจัยในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในหลายมิติ แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาการทำงานร่วมกันของปัจจัยภายในและภายนอกในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ได้แก่ ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ความยืดหยุ่นทางใจ และพฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) เป็นการปฏิบัติต่อตนเองด้วยความเข้าใจและเมตตาในยามเผชิญกับความยากลำบากหรือความล้มเหลว แทนที่จะตำหนิหรือตัดสินตนเองอย่างรุนแรง¹¹ ผู้ที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงมักมีความพึงพอใจในชีวิต มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อยกว่า¹² และมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น¹³ ส่วนความยืดหยุ่นทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถในการเผชิญ ปรับตัว และฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือวิกฤต¹⁴ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ (1) I Am คุณลักษณะภายใน เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ และความรับผิดชอบ (2) I Have แหล่งสนับสนุนภายนอก เช่น ครอบครัว ชุมชน และ

ระบบสุขภาพ และ (3) I Can ทักษะการจัดการปัญหา เช่น การสื่อสารและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า ความยืดหยุ่นทางใจมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง¹⁵

พฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine behaviors) แนวคิดนี้เน้นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 ด้านหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี¹⁶ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมักมีอาการของของภาวะเจ็บป่วยลดลง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{16, 17} นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งเป็นการรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือชุมชนอย่างเพียงพอ¹⁸ เป็นอีกปัจจัยสำคัญต่อภาวะสุขภาพจิต ว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมักมีสุขภาพจิตดี¹⁹ และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า²⁰ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ความใกล้ชิดของครอบครัวและการพึ่งพาชุมชนถือเป็นสิ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ²¹

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทั้งสี่ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในบริบทชุมชนไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง

จังหวัดระยอง ซึ่งมีโครงสร้างทางเศรษฐกิจผสมผสานระหว่างภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมสมัยใหม่ที่อาจก่อให้เกิดพลวัตเฉพาะที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง

2. เพื่อศึกษาขนาดอิทธิพลของความเมตตากรุณาต่อตนเอง ความยืดหยุ่นทางจิตพฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง

สมมติฐานการวิจัย

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ความยืดหยุ่นทางจิต พฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

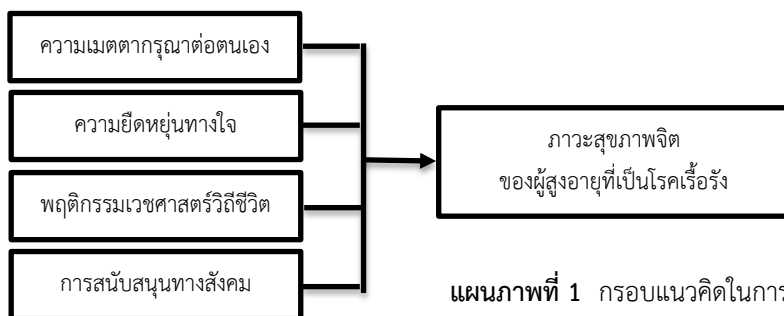
กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของภาวะสุขภาพจิตว่า เป็นภาวะความผาสุกทางจิตใจที่บุคคลสามารถตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง จัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสร้างสรรค์ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่าภาวะสุขภาพจิตของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่

เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม ปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะทางจิตใจและพฤติกรรมส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และการสนับสนุนจากผู้อื่น ที่ส่งผลซึ่งกันและกัน อย่างซับซ้อน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขমনในเลือดสูง จำเป็นต้องปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีทั้งภายในและภายนอก โดยปัจจัยภายในทั้ง 3 ประการต่อไปนี้ เป็นคุณลักษณะทางจิตใจและพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ภายในตนเองและสามารถพัฒนาได้ ได้แก่ ความเมตตากรุณาต่อตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับตนเอง ให้อภัยตนเอง และไม่จมอยู่กับอารมณ์ด้านลบ จึงลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต^{11, 12, 13} เช่นเดียวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญและฟื้นตัวจากความทุกข์หรือปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตโดยรวม^{14, 15} นอกจากนี้พฤติกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งเป็นการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเหมาะสม พักผ่อนเพียงพอ ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีสุขภาพจิต

ที่ดีขึ้น^{16,17} ส่วนปัจจัยภายนอกในการศึกษานี้ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความรู้สึกรับคุณค่า ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการ

ดูแลตนเอง^{18, 19, 20, 21} ปัจจัยภายนอกดังกล่าวทำหน้าที่เสริมและเกื้อหนุนปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ดังแสดงในภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง และมารับบริการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกลาง จังหวัดระยอง จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 671 ราย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่เดียวกันและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (2) มีสัญชาติไทย (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด ฟัง และอ่าน (4) ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) มากกว่า 22 คะแนน ซึ่งเป็นจุดตัดที่ใช้แยกภาวะสมองเสื่อมออกจากการรู้คิดปกติตามเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบ TMSE ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²³ โดยคะแนนที่ 23 คะแนนขึ้นไปบ่งชี้ว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม (5) ไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม และ (6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขณะเก็บรวบรวมข้อมูล หรือกลุ่มตัวอย่างขอยุติหรือถอนตัวจากการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ตามแนวทางของ Cohen²² สำหรับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และขนาดอิทธิพล

(Effect size: f^2) ขนาดเล็กที่ 0.15 ซึ่งเป็นค่าที่ Cohen กำหนดสำหรับการศึกษาที่คาดว่าตัวแปรอิสระมีอิทธิพลขนาดเล็กถึงปานกลางต่อตัวแปรตาม สำหรับตัวแปรอิสระ 4 ตัว ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 129 ราย เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลและการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 155 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบไม่แทนที่ (Without replacement) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลแก่ง อำเภอกาบัง จังหวัดระยอง โดยมีขั้นตอนการคัดเลือก ดังนี้ (1) รวบรวมทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 671 ราย (2) คัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ การประเมินสมรรถภาพสมองด้วย TMSE ณ วันที่มารับบริการ (3) กำหนดหมายเลขให้แก่รายชื่อที่ผ่านเกณฑ์ทุกราย จากนั้น (4) สุ่มเลือกโดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random number table) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 155 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²³ แบบทดสอบประกอบด้วย 17 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้สำหรับประเมินสมรรถภาพ

ทางสติปัญญาเบื้องต้นของผู้สูงอายุ โดยกำหนดจุดตัด (cut-off point) ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษาเท่ากับ 22 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าจุดตัดจะไม่ถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานหรือผ่านการพัฒนาแล้วจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แต่มีการนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเมตตา

กรุณาต่อตนเอง พัฒนาโดย Neff (2003)¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย วัชรชาติ บุญสร้างสม²⁴ ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม ที่ประเมินความเมตตากรุณาต่อตนเองในหกด้าน ได้แก่ การเมตตาต่อตนเอง การตัดสินใจและดำเนินตนเอง การรับรู้ประสบการณ์ร่วมที่เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ การรู้สึกโดดเดี่ยว การมีสติ และการจมอยู่กับอารมณ์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน คะแนนสูงบ่งชี้ถึงความเมตตากรุณาต่อตนเองสูง แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความความ
ยืดหยุ่นทางใจ พัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์
(2558)²⁵ ตามแนวคิดของ Grotberg (1995)¹⁴
ประกอบด้วย 28 ข้อคำถาม ที่ประเมินความ
แข็งแกร่งในชีวิตผ่านสามองค์ประกอบหลัก คือ I
have (แหล่งสนับสนุนภายนอก) 9 ข้อ I am
(ความเข้มแข็งภายใน) 10 ข้อ และ I can (ทักษะ
การแก้ปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล)
9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน
รวมอยู่ในช่วง 28-140 คะแนน คะแนนสูงบ่งชี้ถึง
ความยืดหยุ่นทางใจสูง แบบสอบถามนี้มีความ
เชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุ²⁶ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ
0.97

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม
สุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต พัฒนาโดยเกษม เวช
สุทธานนท์²⁷ ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม
ที่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพในหกด้านสำคัญ
ระหว่างหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ด้านการ
รับประทาน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการ
นอนหลับ ด้านการสูบบุหรี่และการบริโภค
แอลกอฮอล์ ด้านสุขภาพจิต และด้าน
ความสัมพันธ์ แบบประเมินมีลักษณะคำตอบ 3
ลักษณะ ได้แก่ (1) แบบเลือก/ไม่เลือก สำหรับ
พฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นข้อเท็จจริง เช่น
การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ (2) มาตรฐาน
ส่วนประมาณค่า 10 ระดับ สำหรับพฤติกรรมที่
ต้องการวัดความถี่ เช่น การออกกำลังกายและ
การจัดการความเครียด และ (3) คำถามเปิด
เกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงของการปฏิบัติพฤติกรรม
เช่น ชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน คะแนนจากทั้ง 3
รูปแบบได้รับการแปลงและรวมเป็นคะแนน
รวมทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ผู้พัฒนากำหนด²⁷

มีคะแนนเต็มทั้งหมดเท่ากับ 50 คะแนน
โดยคะแนนที่สูงแสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี^{16, 27}
การศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การ
สนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ พัฒนา
โดย Zimet และคณะ¹⁸ และแปลเป็นภาษาไทย
โดยณัฐชา อุเทศนันท์²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม
ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากสาม
แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ
อื่น ๆ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ
17-85 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่ามีการ
สนับสนุนทางสังคมสูง แบบสอบถามนี้มีความ
เชื่อมั่นสูง²⁸ การศึกษานี้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ
0.83

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะ
สุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น พัฒนาโดยกรม
สุขภาพจิต²⁹ ประกอบด้วย 15 ข้อคำถามที่ให้
ผู้ตอบสะท้อนประสบการณ์ของตนในช่วง
ระยะเวลาที่ผ่านมา เพื่อประเมินสุขภาพจิตในสี่
ด้านหลัก ได้แก่ สุขภาวะทางกายและจิตใจ
สมรรถภาพทางจิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
และอารมณ์ด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตร
ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย 1 คะแนน
จนถึงมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด
15-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพจิตดี
กรมสุขภาพจิต²⁹ ยังระบุเกณฑ์การแปลผล
ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 42 คะแนนหรือน้อยกว่า
หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 43-49
คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ
50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคน

ทั่วไป แบบสอบถามฉบับนี้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (COA No. 40/2568) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยสมัครใจ ได้รับข้อมูลครบถ้วนก่อนลงนามยินยอม และสามารถถอนตัวได้ โดยไม่กระทบสิทธิ์การรักษา เก็บข้อมูลในพื้นที่ส่วนตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (COA No. 40/2568) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการในแต่ละวัน เพื่อสอบถามความสมัครใจ และเชิญกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าห้องที่มีความเป็นส่วนตัวในบริเวณคลินิกโรคเรื้อรัง จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิ์ในการถอนตัว และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาหรือประสพทำให้ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อโดยไม่มีการดัดแปลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใช้วิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นตามแนวทางของ Field (2018)³⁰ พบว่าข้อมูลเป็นไปตามเงื่อนไขทุกประการ กล่าวคือ ตัวแปรทั้งหมดอยู่ในระดับช่วง ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติโดยตรวจสอบจากกราฟ Histogram และค่าความเบ้และความโค้งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรงจากกราฟ Scatter plot ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระโดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.022 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (1.50-2.50) และไม่พบปัญหาสหสัมพันธ์พหุคูณ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ในช่วง .032 ถึง .478 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.58 และเพศชายร้อยละ 37.42 มีอายุเฉลี่ย 68.18 ปี (SD = 6.00) โดยอายุอยู่ในช่วง 60-80 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 87.10 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.26 ไม่มีงานทำ รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 21.94 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,432.52 บาท (SD = 6,445.73) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 45.81

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.10 รองลงมาคือ เบาหวานร้อยละ 23.20 ภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.50 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.20 และ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 12.90

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 114 คน (ร้อยละ 73.50) รองลงมาคือมีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 33 คน (ร้อยละ 21.30) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 8 คน (ร้อยละ 5.20) ดังแสดงในตาราง 1

Table 1 Mental Health among Older Adults with Chronic Illness (n=155)

Mental health	Number	Percent
<u>Below</u> the general population (<42 points)	8	5.20
Comparable to the general population (43-49 points)	33	21.30
<u>Above</u> the general population (50-60 points)	114	73.50
รวม	155	100

ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเกี่ยวกับตัวแปรการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองเท่ากับ 82.46 (SD = 13.83) คะแนนความยืดหยุ่นทาง

ใจเฉลี่ย 123.63 (SD = 7.83) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตเฉลี่ย 33.42 (SD = 5.04) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 66.95 (SD = 6.87) และคะแนนภาวะสุขภาพจิตเฉลี่ย 50.28 (SD = 4.86) ดังแสดงในตาราง 2

Table 2 Mean Scores and Standard Deviations of Study Variables (n = 155)

Variables	Mean	SD.	Range	
			Possible	Actual
Mental health	50.28	4.86	15-60	31-60
Self-compassion	82.46	13.83	26-130	52-124
Resilience	123.63	7.83	28-140	84-134
Lifestyle medicine behaviors	33.42	5.04	0-50	19-43
Social support	66.95	6.87	17-85	19-85

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) อยู่ในช่วง 0.032 ถึง 0.478 (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่เกิน

0.80 แสดงว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน และไม่มี ความสัมพันธ์ กัน สูง (Multicollinearity) จึงวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนต่อไป ดังแสดงในตาราง 3

Table 3 Pearson Correlation Matrix of Study Variables (n=155)

Variables	1	2	3	4	5
1. Mental health	1				
2. Self-compassion	0.152*	1			
3. Resilience	0.478***	0.169*	1		
4. Lifestyle medicine behaviors	0.118	0.107	0.032	1	
5. Social support	0.396***	0.246**	0.438***	1.60*	1

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ความยืดหยุ่นทางใจ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรพยากรณ์สำคัญของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27.20 ($R^2 = 0.272$, Adjusted $R^2 = 0.262$, $F(2,152) = 28.36$, $p < 0.001$) โดยความยืดหยุ่นทางใจมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อภาวะสุขภาพจิต ($\beta = 0.38$, $p < 0.001$, $b = 0.23$, 95% CI [0.14, 0.33]) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่

มีความยืดหยุ่นทางใจสูงขึ้น 1 หน่วย จะมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.23 หน่วย ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกรองลงมา ($\beta = 0.23$, $p = 0.003$, $B = 0.16$, 95% CI [0.06, 0.27]) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น ดังแสดงในตาราง 4 เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Raw Score Equation) ได้ดังนี้

$$\text{Mental Health} = 10.40 + 0.23 (\text{Resilience}) + 0.16 (\text{Social Support})$$
เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score Equation) ได้ ดังนี้
$$Z_{\text{Mental Health}} = 0.38(Z_{\text{Resilience}}) + 0.23(Z_{\text{Social Support}})$$

Table 4 Multiple Regression Analysis of Factors Associated with Mental Health among Older Adults with Chronic Illnesses (n = 155)

Variables	R ²	R ² change	b	SE (b)	β	t	P-value	95% CI of b
Constant	-	-	10.40	5.43	-	1.92	0.057	-0.33, 21.14
Resilience	0.478	0.229	0.23	0.38	0.38	4.90	<0.001	0.14, 0.33
Social support	0.521	0.272	0.16	0.01	0.23	2.99	0.003	0.06, 0.27

 $R^2 = 0.272$, Adjusted $R^2 = 0.262$, $F(2,152) = 28.36$, $p < 0.001$

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 73.50 รองลงมามีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 21.30 และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 5.20 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Prasansri และคณะ⁸ ซึ่งใช้แบบประเมิน Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทจำนวน 158 คน ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (Good) ร้อยละ 43.10 ระดับพอใช้ (Fair) ร้อยละ 37.30 และระดับไม่ดี (Poor) ร้อยละ 19.60 ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากความแตกต่างด้านบริบทพื้นที่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดภาวะสุขภาพจิตของ องค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุว่า ภาวะสุขภาพจิตที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงการปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงความสามารถในการจัดการความเครียด การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม โดยภาวะสุขภาพจิตเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก สำหรับปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะทางจิตวิทยาและชีววิทยาของบุคคล เช่น ทักษะทางอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต ใน

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงไม่มาก เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีเพียงบางส่วนที่มีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงมีสมรรถภาพทางร่างกาย ความคล่องตัว และความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน แตกต่างจากผู้ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า⁷ เนื่องจากภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง การพึ่งพิงผู้อื่น และการสูญเสียบทบาททางสังคม

ส่วนปัจจัยภายนอก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวย และทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องภาวะสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมสร้อยละ 45.81 ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเอื้อต่อการดูแลเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้สิทธิและสวัสดิการของภาครัฐ ยังช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้บริบทของพื้นที่ศึกษาในอำเภอแกลงซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท มีระบบครอบครัวขยาย และความสัมพันธ์ในชุมชนที่แน่นแฟ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและรู้สึกมีคุณค่าในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuicomepee และคณะ³⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดิมโดยไม่มีการย้ายถิ่นมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี อีกทั้งการมีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนยังส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่าง

ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกจึงเป็นกลไกสำคัญที่ร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความยืดหยุ่นทางใจและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27.20 ขณะที่ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต ($r = 0.152, p < 0.05$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความยืดหยุ่นทางใจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Upasen และคณะ³¹ ที่พบว่า ความยืดหยุ่นทางใจมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ($\beta = 0.20, p < 0.05$) และการศึกษาของ Tamura¹⁵ ที่รายงานว่าความยืดหยุ่นทางใจมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ($\beta = 0.32, p < 0.001$) และการศึกษาของ Chai และคณะ³³ ที่พบว่าความยืดหยุ่นทางใจช่วยลดผลกระทบของเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต เช่น การสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดย

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวทางอารมณ์และรักษาภาวะสุขภาพจิตให้มั่นคงได้

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก¹⁰ ที่ระบุว่าภาวะสุขภาพจิตมิได้หมายถึงการไม่มีโรคทางจิต หากแต่เป็นสภาวะที่บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งความยืดหยุ่นทางใจถือเป็นกลไกภายในที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและความยืดหยุ่นทางใจสูงมักมีความเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ มีทักษะในการจัดการอารมณ์และอาการเจ็บป่วย และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ($\beta = 0.23, p < 0.01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Upasen และคณะ³¹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ($\beta = 0.74, p < 0.01$) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Acoba¹⁹ ที่รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของวัยผู้ใหญ่ในฟิลิปปินส์ ($\beta = -0.19, p < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างพลังใจและความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก¹⁰ ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนและการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุน

ที่เพียงพอจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ มักสามารถจัดการกับอาการของโรคเรื้อรังได้ดี พื้นที่จากความเจ็บป่วยได้รวดเร็วและมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุน

ส่วนความเมตตากรุณาต่อตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าผลการวิจัยจะพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเมตตาต่อตนเองกับภาวะสุขภาพจิต ($r = 0.152, p < 0.05$) ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทยที่ยังไม่ให้คุณค่ากับการเห็นอกเห็นใจตนเองมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Neff¹¹ ที่ระบุว่าความเมตตาต่อตนเองช่วยลดความรู้สึกโทษตนเองและเพิ่มการยอมรับตนเองในสถานการณ์ยากลำบาก การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความเมตตากรุณาต่อตนเองในระดับหนึ่งนั้นอาจช่วยให้เผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างสงบมากขึ้น แต่อาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แม้มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพกายและการฟื้นตัวจากโรคเรื้อรัง แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สม่ำเสมอหรืออาจมีตัวแปรคั่นกลางอื่น ๆ เช่น ความรู้

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถหรือความเชื่อมั่นในตนเองที่มีบทบาทร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Elbejjani และคณะ³⁴ ที่พบว่า แม้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกาย จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต แต่ผลดังกล่าวจะลดลงหากบุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

ผลการวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะภายในและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่จำกัดเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการศึกษา

จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งหลายประการ ได้แก่ ความรัดกุมของระเบียบวิธีวิจัย โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบตามแนวทางของ Jacob Cohen และใช้การสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อจริง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรในระดับที่เหมาะสม เครื่องมือวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผ่านการตรวจสอบ

ความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ การดำเนินการด้านจริยธรรมมีความครอบคลุม โดยเฉพาะการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้เข้าร่วมที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตไปยังบริการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา กล่าวคือ การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน การเก็บข้อมูลจากคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลกลาง เพียงแห่งเดียวอาจจำกัดการสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่น และค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ ($R^2 = 0.272$) แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้เพียงบางส่วน สะท้อนว่ายังมีปัจจัยสำคัญอื่นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. บุคลากรสุขภาพควรพัฒนาและส่งเสริมโปรแกรมหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตที่เน้นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจและการสนับสนุนทางสังคม
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งการติดตามผลในระยะยาว
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว หรือคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 73.50 สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังสามารถมีสุขภาพจิตที่ดีได้แม้มีโรคเรื้อรัง หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม ผลการวิเคราะห์พบว่าความยืดหยุ่นทางใจ ($\beta = .38, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23, p < .01$) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.20 ($R^2 = .27$) โดยความยืดหยุ่นทางใจมีอิทธิพลสูงสุด ดังนั้นการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Parliamentary Secretariat, Academic Affairs Bureau, Information Resources Development Division. Number of older adults in Thailand, March 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://prt.parliament.go.th/items/4cd0b476-c4aa-4fc6-8b73-fd09a917b1c4/full> (in Thai)
2. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025a [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

3. Kaikeaw S. Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older population. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):59. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01952-0>
4. Department of Older Persons. Older adults who are inpatients by primary diagnosis [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2530
5. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
6. Zhao J, Chen Y, Zhao Y, Luo Y, Luo H, Gu J, et al. Prevalence and correlates of anxiety and depression among chronically ill older adults in Zunyi, China: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2025;16:1560650. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1560650>
7. Riquelme-Galindo J, Padrós-Flores N, Cerdá M, Cabello JB, Verdejo-Bravo C, Struijk JJ, et al. Multimorbidity patterns and mental health in late life: a systematic review of longitudinal studies. *Eur Geriatr Med*. 2025. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01370-1>
8. Prasansri A, Hachawi C, Chaiwcharn T. Health status and mental health among elderly in rural Thailand: a community based cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health*. 2024;11(9):3413–9. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20242538>
9. Sriprachot N, Srisookkum T, Takaew T. Relationship between mental health literacy, mental self-care behaviors, and depression among diabetic and hypertensive elderly patients in Chiang Kham, Phayao Province, Thailand. *J Public Health Dev*. 2025;23(3):20–32.
10. World Health Organization. Mental health: Strengthening our response [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
11. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85–101.
12. Ma Y, Zhang W, Wang Y, Luk BHK, Ge S, Ma H. The effect of self-compassion-focused interventions for people with substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Subst Use Misuse*. 2025;1–11. <https://doi.org/10.1080/10826084.2025.2509268>

13. Mistretta EG, Davis MC. Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness. *Mindfulness*. 2022;13(2):267–84.

<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01766-7>

14. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Vol. 8. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation; 1995.

15. Tamura S. Factors related to resilience, anxiety/depression, and quality of life in patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy in Japan. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021;8(4):393–402. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2099>

16. Nakhruea K. Factors related to health behavior according to lifestyle medicine of the elderly in Ratchaburi Province. *Thai J Health Promot Environ Health*. 2024;47(S):82–97. (in Thai)

17. Somrongthong R. The influence of chronic illness and lifestyle behaviors on quality of life among older Thais. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3831-3>

18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

19. Acoba EF. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Front Psychol*. 2024;15:1330720.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>

20. Faronbi JO, Eromosele B, Fawole HO, Idowu OA, Akinrolie O, Akinsulore A, et al. Effects of social support interventions on depressive symptoms and quality of life among older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):512. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06146-7>

21. Pengpid S, Peltzer K, Hajek A, Anantanasuwong D, Kaewchankha W. Determinants of depressive symptoms among persons 80 years and older: longitudinal national evidence from the health, aging, and retirement study in Thailand, 2015–2022. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):880.

<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05479-z>

22. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155–9. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

23. Institute of Geriatric Medicine. Thai Mental State Examination (TMSE). Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 1999.

24. Bunsangsom W. The relationship between perceived stress and happiness among university students: The mediating role of self-compassion [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Arts, Department of Psychology; 2013.

25. Nintachan P. Resilience: Concept, assessment, and application. Bangkok: Judthong; 2015. (in Thai)

26. Saithanu K, Nathason A, Kenbubpha K. The relationship between resilience and depression among older people in a community in Ubon Ratchathani Province. *J Psychiatr Nurs Ment Health*. 2019;33(3):42–55. (in Thai)

27. Wetsutthanon K. Development of a health promotion services model based on lifestyle medicine principles for the pre-aging group in preparation for entering aged society. *Thai J Health Promot Environ Health*. 2023;46(2):111–28. (in Thai)

28. Utesnun N. Relation between stress and psychological well-being in middle adults with self-compassion and social support as moderators [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Psychology; 2018. (in Thai)

29. Department of Mental Health. Thai Geriatric Mental Health Assessment: Short version (T-GMHA-15). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand; 2003 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://dmh-library.org/items/show/1454>

30. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 5th ed. London: SAGE Publications; 2018.

31. Tuicomepee A, Wiwattana-pantuwong J, Suttiwan P, Watakakosol R, lamsupasit S, Phupha P. Mental well-being model of Thai older adults: Comparing the aging in place and aging migrant groups. *PLoS One*. 2024;19(12):e0311284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311284>

32. Upasen R, Saengpanya W, Awae W, et al. The influence of resilience and social support on mental health of older adults living in community: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2024;12:397. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01892-6>

33. Chai Y, Zhang Q, Yuan Y. A study of the impact of social network types on the health of older adults—Mediated by psychological resilience. *PLoS One*. 2025. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333966>

34. Elbejjani M, Deschênes SS, Ahmadieh H. Diabetes and mental health: from understanding biomedical and social determinants, to promoting wellness in diabetes. *Front Endocrinol.* 2024.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2024.15176>
[15](#)

บทความวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ธิดารัตน์ ศรีธารา*

อรุณ บุญสร้าง**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลกลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลตําแย ผู้นำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 12 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 38 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามระหว่างพฤศจิกายน 2566 ถึง กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอสม.ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ สามารถเพิ่มระดับความรู้ เพิ่มเจตคติที่ดี และส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในอสม. อีกทั้งช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของอสม. ได้เป็นอย่างดี และหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพและเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) จากผลการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบ A4C นี้ ไปประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ สุขภาพช่องปาก/
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วันที่รับบทความ: 22 กันยายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 21 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 27 กรกฎาคม 2568

*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Oral Health Care Model of Village Health Volunteers of The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Network

Thidarat Sridara*

Arun Boonsang**

ABSTRACT

This action research aimed to study the oral health care model for Village Health Volunteers (VHVs) within the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital network. The sample group for model development consisted of 12 key stakeholders: public health personnel from Yang Lum, Dong Saensuk, and Tamyae Subdistrict Health Promoting Hospitals, community leaders, and VHV presidents. The sample group for data collection consisted of 38 village health volunteers working in the community health center area of the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital. Data were collected using a focus group discussion guide and questionnaires between November 2023 and September 2024. General data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The differences in mean scores before and after the intervention were compared using a paired t-test.

The results indicated that the oral health care model for VHVs within the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital network enhanced village health volunteer's knowledge levels, fostered positive attitudes, and improved oral health practices. It also significantly contributed to the development of the volunteers' overall knowledge and abilities. Post-intervention, mean scores for oral health knowledge and attitudes toward dental health were significantly higher than pre-intervention scores ($p < 0.05$). These findings confirm the effectiveness of the developed A4C model in achieving its intended objectives. Accordingly, the developed A4C model is recommended for application and scaling up in other areas with similar contextual conditions.

Key Words: Oral health care model of Village health volunteers/ Oral health/
Village health volunteers

Article info: Received: September 22, 2024, Revised: May 21, 2025, Accepted: July 27, 2025

* M.P.H. Student College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

** Corresponding author: Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สาเหตุการเกิดโรคในช่องปากของประชาชนทุกกลุ่มวัยนั้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก และฟัน ขาดการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมถึงการที่บุคคลขาดความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปาก จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 พบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35-44 ปี มีผู้จำเป็นต้องรับบริการรักษา การอุดฟัน 1 ด้าน ร้อยละ 42.8 เฉลี่ย 1.2 ซี่/คน อุดฟัน 2 ด้าน ร้อยละ 19.0 เฉลี่ย 0.3 ซี่/คน ถอนฟัน ร้อยละ 27.7 เฉลี่ย 0.6 ซี่/คน รักษารากฟัน ร้อยละ 5.8 เฉลี่ย 0.1 ซี่/คน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี ร้อยละของผู้จำเป็นต้องอุดฟัน 1 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 48.0 ร้อยละของผู้มีฟันสึก ร้อยละ 49.7 โดยมีฟันสึก ในด้านบดเคี้ยว (Occlusal) ร้อยละ 30.3 เฉลี่ย 1.3 ซี่/คน และด้านคอฟัน (Cervical) ร้อยละ 24.6 เฉลี่ย 0.9 ซี่/คน และมีร้อยละของผู้มีฟันสึกด้านบดเคี้ยวมากที่สุด ร้อยละ 33.1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้มีฟันสึกมากที่สุด ร้อยละ 58.7 โดยมีฟันสึกด้านบดเคี้ยว ร้อยละ 36.4 เฉลี่ย 1.5 ซี่/คน และสึกด้านคอฟัน ร้อยละ 31.2 เฉลี่ย 1.2 ซี่/คน พบร้อยละ 12.5 มีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 62.4 มีปัญหาเหงือกอักเสบ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.0 เกิดร่วมกับหินน้ำลาย ส่วนโรคปริทันต์อักเสบที่มีทำลายอวัยวะปริทันต์ เกิดเป็น ร่องลึกปริทันต์ พบร้อยละ 25.9 เป็นโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกระดับ 4-5 มิลลิเมตร

ร้อยละ 19.8 และ ร่องลึกปริทันต์ ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 6.1¹ จากการสัมภาษณ์ในผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 เพื่อประเมินปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปาก พบว่า พฤติกรรมการทำสะอาดช่องปากหลักในกลุ่มนี้ คือ การแปรงฟัน โดยร้อยละ 94.7 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 83.4 แปรงฟันก่อนเข้านอนทุกวัน และแปรงฟันก่อนนอนทุกวันแล้ว เข้านอนทันที ร้อยละ 61.8 โดยใช้เวลาในการแปรงฟันประมาณ 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 77.0 แปรงสีฟันที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะขนแปรงแข็งกว่าแปรงสีฟันมาตรฐาน ร้อยละ 18.1 เลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 86.1 นอกจากนี้พบว่าวัยทำงาน ร้อยละ 63.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมช่วยทำความสะอาด อุปกรณ์เสริมที่ใช้ ได้แก่ น้ำยาบ้วนปาก ไม้จิ้มฟัน ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟัน ร้อยละ 36.0, 27.0, 14.7 และ 2.4 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรม การบริโภค พบว่า มีการบริโภคผักในปริมาณที่เพียงพอ (5 ทัพพี/วัน) ร้อยละ 41.0 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน ร้อยละ 20.2 ดื่มเป็นบางวัน ร้อยละ 61.3 พบเพียงร้อยละ 18.5 ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานเลย¹

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายมุ่งให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง จึงได้นำกลวิธีการสาธารณสุขพื้นฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยมีการดำเนินงานภายใต้หลักส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในชุมชนกลไกสำคัญการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะการเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายข้อที่ 4.3.4 พัฒนาขีดความสามารถ ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส สามารถตรวจเฝ้าระวัง ประเมินกลุ่มเสี่ยงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถ ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม ดูแลสุขภาพช่องปาก ของตนเอง และประชาชน เป็นแบบอย่างที่ดี ให้แก่ประชาชน และสามารถจัดการสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ทำให้โรคในช่องปากได้ รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในชุมชนได้² ดังนั้นการพัฒนา ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านทันตสุขภาพ มีทักษะและการปฏิบัติงานด้าน ส่งเสริมทันตสุขภาพ ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถสร้างการมีส่วนร่วม ถ่ายทอดความรู้ ให้แก่ประชาชนในชุมชน และการจัดกิจกรรม ขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพของชุมชนจึง เป็นเรื่องสำคัญ³

จากการทบทวนงานวิจัยความรู้และ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขต พื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบัววัดอำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี ของแก้วใจ มาลีสัย และคณะ พบว่า อสม. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และมีเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 75.50 องค์ความรู้พื้นฐานด้านความรู้

และเจตคติสามารถนำไปพัฒนาต่อยอด การส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ อสม. เช่น การให้โปรแกรมทันตสุขภาพ เพื่อให้ อสม. เป็นตัวอย่างของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีทันต สุขภาพที่ดีต่อไป⁴ และจากงานวิจัยประสิทธิผล ของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรม การ ป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวาริน ชำราบจังหวัดอุบลราชธานี ของกิตติยา ศรีมาฤทธิ์ พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คะแนน เฉลี่ยค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนการ ทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรม ทันตสุขภาพนี้มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การ ป้องกันฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน สามารถนำไปส่งเสริมพัฒนาด้านความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและปรับพฤติกรรมด้าน การดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้⁵

เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริาลงกรณ จากการสำรวจข้อมูลงาน บริการทันตกรรมและการอบรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริาลงกรณ พบว่า พื้นที่บริการศูนย์สุขภาพ ชุมชนโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริาลงกรณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลยางลุ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลดงแสนสุข

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ตำบล ไม่ได้รับการพัฒนาการส่งเสริมทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปาก ขาดทันตบุคลากร ประจำในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากไม่มีความต่อเนื่อง และขาด อสม. ที่เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากของตนเองและประชาชน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เพื่อให้ อสม. มีการ สร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งใน เรื่องการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การโต้ตอบซักถามข้อมูล การตัดสินใจในการ ป้องกันโรค การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอก ต่อในการป้องกันโรค จนส่งผลให้เกิดการส่งเสริม สุขภาพช่องปากของตนเองและประชาชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

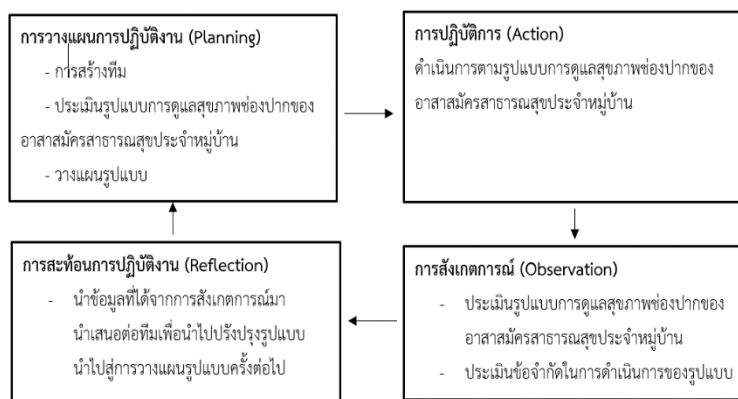
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทของสถานการณ์ใน การดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของเครือข่าย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัย action research ตาม แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988)⁶ ซึ่งเสนอว่า มีกระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (planning : P) การปฏิบัติตามแผน (action : A) การสังเกตตรวจสอบผลจากการ ปฏิบัติ (observation : O) และการสะท้อนผล (reflection : R) เพื่อให้ อสม. มีความรู้และ ทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพ ช่องปากของประชาชน ตามรายละเอียดใน กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ยางลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงแสนสุข บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ตำแย ผู้นำชุมชน และ ประธาน อสม. จำนวน 12 คน

2. กลุ่ม อสม. เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 420 คน (แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566)⁷

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ยางลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงแสนสุข บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ตำแย ผู้นำชุมชน และ ประธาน อสม. ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน

2. กลุ่มที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่าย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

กลุ่ม อสม.ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ รพ.สต.ยางลุ่ม รพ.สต.ดงแสนสุข รพ.สต.ตำแย จำนวน 19 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการจับฉลาก (Simple Random Sampling) หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 38 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี
- 2) ไม่เป็น อสม. ดีเด่น สาขาทันต

สาธารณสุข

มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ย้ายถิ่นฐาน
- 2) เจ็บป่วยขณะเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประกอบ ดังนี้

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมกับการบันทึกเทปโดยมีประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป
- 2) สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร
- 3) กระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมามีอะไรบ้าง
- 4) ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

5) การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ
สุขภาพที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนจากภาคี
เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างไรบ้าง

6) กระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากที่
เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

7) ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ
ช่องปากควรเป็นอย่างไร

8) บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับการดูแล
สุขภาพช่องปากควรเป็นอย่างไร โดยใช้หลักการ
3 ส. สอดส่อง มองหา (Look) ใส่ใจรับฟัง
(Listen) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)

9) แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก
โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควร
เป็นอย่างไร

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย
แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วนมี
รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ
อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาสูงสุด
อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือนของครอบครัว คำถาม
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความ
เป็นจริง

ส่วนที่ 2 การประเมินตามหลักเกณฑ์
ความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพ
ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้
ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพที่
ผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเกณฑ์การคัดเลือก
อาสาสมัครดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ สำนักทันต
สาธารณสุข ฉบับแก้ไข² ประกอบด้วย ข้อคำถาม

จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถาม
เป็น 2 ตัวเลือก การแปลผลข้อมูล แบ่งกลุ่มโดย
วิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิด
ของ บลูม³ แบ่งระดับคะแนนความรู้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านเจตคติ
ในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนามาจากงานวิจัย
ของแก้วใจ มาลีสัยและคณะ⁴ ประกอบด้วยข้อ
คำถาม 15 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใน
แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง การแปลผลข้อมูลคะแนนที่ได้จากการ
ตอบแบบสอบถามด้านเจตคติในการดูแลสุขภาพ
ช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จัดกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ช่วง
คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ โดยจัดกลุ่ม
ค่าเฉลี่ยคะแนน 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน
มี 1 - 5 คะแนน โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุด - คะแนน
ต่ำสุด แล้วหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่งได้ความ
กว้าง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตนด้านการดูแล
สุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน พัฒนามาจากงานวิจัยของแก้วใจ
มาลีสัยและคณะ⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม
15 ข้อ ลักษณะคำถามกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ
ได้ 5 ตัวเลือก คือ ทำเป็นประจำ บ่อยครั้ง
บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผล
ข้อมูล คะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
การปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน คะแนนระดับของการปฏิบัติตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประยุกต์

ตามเกณฑ์การใช้สถิติในงานวิจัย ตามแนวคิดของ เบสท์⁹ เกณฑ์การให้คะแนนมี 1 – 5 คะแนน โดยใช้วิธีอิงกลุ่มที่ใช้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น ช่วงเท่า ๆ กัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) สร้างแบบสอบถามขึ้นมาแล้วนำไปทดสอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) พิจารณาข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หากข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.67 ต้องพิจารณานำไปปรับปรุงแก้ไขหรือตัดออก เพราะมีความสอดคล้องกันต่ำ

พบว่าค่าเฉลี่ยสอดคล้องรวมของแบบสอบถาม แบบสอบถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสอดคล้องเท่ากับ 0.86 , 0.7 และ 0.7 ตามลำดับ

และนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขไปทดลอง (Tryout) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากร ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดความรู้ (Knowledge) ใช้วิธีของคูเอตส์ - ริชาร์ดสัน 20 หรือ KR - 20 (Kuder - Richardson Method) พบว่า ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.71 แบบสอบถามเจตคติในการดูแล

สุขภาพช่องปาก โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. นำเครื่องมือที่พัฒนามาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแก้ไข
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ รพ.สต.ยางชุมนุม รพ.สต.ดงแสนสุข รพ.สต.ตำแย ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลพร้อมด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปมอบให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามด้วยตัวเอง
4. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กับ อสม. ก่อนการเข้าร่วมการวิจัย
5. ดำเนินการรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงาน รายละเอียด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงานประกอบด้วย การสร้างที่วางแผนการปฏิบัติงาน ประเมินสภาพปัญหา ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และวางแผน

รูปแบบร่วมกับทีมภาคีเครือข่าย ขั้นตอนที่ 2) การปฏิบัติการ ประกอบด้วย การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ให้ทันตสุขศึกษาต่าง ๆ การดูแลสุขภาพช่องปาก เรื่องโรคฟันผุ, เรื่องโรคเหงือกอักเสบ, เรื่องโรคปริทันต์, เรื่องการตรวจฟัน พฤติกรรมที่ส่งผลต่อทันตสุขภาพและกำกับติดตาม ตามที่ได้วางแผนร่วมกับทีมภาคีเครือข่าย ขั้นตอนที่ 3) การสังเกตการณ์ ประกอบด้วย การสังเกต ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประเมินข้อจำกัดในการดำเนินการรูปแบบ และขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ ประกอบด้วย การนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบกระบวนการ และผลการปฏิบัติ นำไปเสนอต่อทีมภาคีเครือข่าย เพื่อคืนข้อมูลและร่วมกันปรับปรุงรูปแบบ นำไปสู่การพัฒนางานวางแผนรูปแบบครั้งต่อไป ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่ายรพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์รวมข้อมูลเนื้อหา โดยใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ ด้วยสถิติ paired sample t-test และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ UBU-REC 07/2567

ผลการวิจัย

ผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เริ่มการสนทนากลุ่ม เวลา 09.00 น. โดยผู้วิจัยและทีมวิจัย เริ่มต้นกระบวนการโดยการเล่าสถานการณ์ คืบข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ การสนทนากลุ่ม ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างทีมวางแผนการปฏิบัติงาน ประเมินสภาพปัญหา ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และวางแผนรูปแบบร่วมกับทีมภาคีเครือข่าย ประเด็น/แนวคำถามในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป

“จากการสำรวจข้อมูลงานบริการทันตกรรมและการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า พื้นที่บริการศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รพ.สต. ยางลุ่ม รพ.สต.ดงแสนสุข และรพ.สต.ตำแย ไม่ได้ได้รับการพัฒนาการสร้างเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ขาดทุนตบุคลากรประจำในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากไม่มีความต่อเนื่อง และขาด อสม. ที่เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของตนเองและประชาชน” (ผู้วิจัย)

“ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มีหมู่บ้านในพื้นที่ 3 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 3 หมู่ 16 และ หมู่ 19 มี อสม. 54 คน”(ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย1)

“รพ.สต.ยางลุ่ม ดูแล หมู่ 4, หมู่ 5, หมู่ 6, หมู่ 7, หมู่ 8, หมู่ 9, หมู่ 10, หมู่ 13 และ หมู่ 14 รวม 9 หมู่บ้าน มี อสม. 140 คน”(ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย2)

“รพ.สต.ดงแสนสุข ดูแลพื้นที่ 4 หมู่บ้าน หมู่ 11, หมู่ 12, หมู่ 15 และ หมู่ 18 มี อสม. 115 คน”(ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย3)

“รพ.สต.ตำแย ดูแล 3 หมู่บ้าน หมู่ 1, หมู่ 2 และ หมู่ 17 มี อสม. 76 คน”(ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย4)

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปาก

“อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่หากใครที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากก็จะไปหาหมอเอง

ไม่เคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย5)

“ส่วนใหญ่สุขภาพช่องปากจะเป็นเรื่องของคราบหินปูน ฟันผุ” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย1)

“มีหินปูนในช่องปาก” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย6)

3. กระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

“ดูแลสุขภาพช่องปากตัวเอง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย4)

“ก่อนหน้านี้มีฟันผุ ทำให้มีกลิ่นปาก จึงไปหาหมอดถอนฟันออก หลังจากนั้นกลิ่นปากหายไป” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย3)

“ปกติก็แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ถ้าปวดฟันก็จะไปหาหมอ วันก่อนก็ไปอุดมา” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย5)

4. ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

“พื้นที่เราไม่มี อสม.ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ ไม่ค่อยแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย8)

“PCU วันอังคารจะมีหมอจากโรงพยาบาลมาเคลือบฟลูออไรด์ให้เด็ก ส่วนผู้ใหญ่ใครมีปัญหาช่องปากก็จะไปหาหมอที่โรงพยาบาล” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย2)

“เด็กในโรงเรียนก็มีหมอไปออกหน่วยทำฟัน แต่ผู้ใหญ่ใครปวดฟัน ฟันผุ ก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาล”

(ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย9)

5. การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ สุขภาพที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนจากภาคี เครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างไรบ้าง

“ส่วนใหญ่จะเป็นหมอจาก รพ.สต.ส่งเจ้าหน้าที่ไปทำฟันนักเรียนตามโรงเรียน ส่วนผู้ใหญ่ที่ ต้องการรักษาก็เข้าไปเอาคิวที่โรงพยาบาล” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย5)

“ใช้ค่ะ ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่ วิทยทำงาน วิทยอื่นๆ จะเน้นไปที่การดูแลสุขภาพตนเอง หากมี ปัญหาสุขภาพช่องปากก็จะไปพบแพทย์” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย3)

6. กระบวนการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

“ควรเริ่มจากตัวเองก่อน ถ้าเรามีความรู้ด้านช่องปาก ทั้งการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองก็จะช่วยลดการเกิดโรคได้มากขึ้น” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย1)

“ผมว่าถ้ามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็จะช่วยลดปัญหาสุขภาพช่องปากได้” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย7)

7. ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากควรเป็นอย่างไร

“ในพื้นที่เราขาดแคลนทันตบุคลากร หากเรามีความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพปากตนเอง ก็จะสามารถป้องกันและลดการเกิดโรคได้ และเมื่อเรามีความรู้แล้วถ้าขยายผลสามารถแนะนำ บอกต่อความรู้ได้ก็จะเป็นเรื่องที่ดี” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย1)

“เห็นด้วยค่ะ และพื้นที่เรายังไม่มี อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ เราสามารถพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ต่อได้” (ผู้แทนกลุ่มภาคีเครือข่าย5)

8. แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควร เป็นอย่างไร

ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคคลและครอบครัว เช่น การตรวจฟันด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการแปรงฟัน การบ้านเด็กที่มีความเสี่ยงด้านฟันผุ การแนะนำการดูแลช่องปากและการดูแลทำความสะอาดฟันเทียมในผู้สูงอายุ การสร้างความเข้าใจการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ปกครองเด็กเล็ก

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.47 อายุเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 57.11 ± 11.47 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.26 รองลงมา คือ หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ร้อยละ 29.55 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55.26 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 18.43 เท่ากัน ส่วนใหญ่อาศัยที่บ้าน ร้อยละ 44.75 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 39.47 ราคาได้เฉลี่ยต่อเดือน $3,736.84 \pm 2,859.92$ บาท

2. ผลการประเมินความรู้ ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพ

ก่อนการดำเนินการรูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.63 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 42.11 และส่วนน้อยมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 5.26

หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.68

รองลงมา คือ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 21.06 และส่วนน้อยมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 5.26 (ตารางที่ 1)

Table 1. Comparison of Specific Dental Health Knowledge Levels Before and After Implementation of the Oral Health Care Model among Village Health Volunteers, 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Network (n = 38)

Knowledge level	Score Range (%)	Before		After	
		Number n=38	Percent (%)	Number n=38	Percent (%)
Low	0-59.99	16	42.11	2	5.26
Moderate	60-79.99	20	52.63	28	73.68
High	80-100	2	5.26	8	21.06

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพก่อนและหลังด้วยสถิติ pair sample t-test

เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพ

ก่อนและหลังการดำเนินโครงการในกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินโครงการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 2)

Table 2. Comparison of Mean Knowledge Scores in the Dental Health Field Before and After the Intervention Using Paired Samples t-Test (n = 38)

Knowledge	Mean	Std. deviation	Paired Differences			
			Mean	Std. deviation	t	P-value
Pre test	11.63	2.645	-2.395	1.636	-9.021	<0.001
Post test	14.03	1.668				

4. ผลการประเมินด้านเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ก่อนการดำเนินการรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.74 รองลงมา คือ มีระดับดี ร้อยละ 5.26 และหลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.11 รองลงมา คือ ระดับปานกลางร้อยละ 7.89 (ตารางที่ 3)

Table 3. Oral Health Care Attitude Levels of Village Health Volunteers Before and After the Intervention (n = 38)

Attitude level	Score Range	Before		After	
		Number	Percentage	Number	Percentage
		n=38	(%)	n=38	(%)
Good	55 - 75 points	2	5.26	35	92.11
Moderate	35 - 54 points	36	94.74	3	7.89
Low	15 – 34 points	0	0	0	0

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังด้วยสถิติ pair sample t-test

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลัง

การใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติหลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบฯ (ดูตารางที่ 4)

Table 4. Comparison of Oral Health Care Attitude Scores Among Village Public Health Volunteers Before and After Intervention (Paired Sample t-test, n = 38)

Attitude	Mean	Std. deviation	Paired Differences			
			Mean	Std. deviation	t	P-value
Pre test	49.61	4.278	-19.184	7.665	-15.429	<0.001
Post test	68.79	9.121				

6. ผลการประเมินด้านการปฏิบัติตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ก่อนการดำเนินการรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.21 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติตนระดับน้อย ร้อยละ 28.95 และการปฏิบัติตนระดับน้อย ร้อยละ 23.68

หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.47 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติตนระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.85 และการปฏิบัติตนระดับปานกลาง ร้อยละ 21.05 (ตารางที่ 5)

Table 5. Comparison of Oral Health Care Practice Levels Among Village Health Volunteers Before and After the Implementation of the Oral Health Care Model of the 50th Anniversary MahaVajiralongkorn Hospital Network (n=38)

Practice	Score Range	Before		After	
		Number	Percent	Number	Percent
		n=38		n=38	
Practice at the highest level	63 - 75 points	4	10.53	14	36.85
Practice at a high level	51 - 62 points	9	23.68	15	39.47
Moderate practice level	39 - 50 points	13	34.21	8	21.05
Practice at a low level	27 - 38 points	11	28.95	1	2.63
Minimal level of practice	15 - 26 points	1	2.63	0	0

7. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังด้วยสถิติ pair sample t-test

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนการใช้ชัดเจน (ตารางที่ 6)

Table 6. Comparison of Practice Scores Among Village Health Volunteers Before and After the Oral Health Care Model Implementation (n=38)

Practice	Mean	Std. deviation	Paired Differences			
			Mean	Std. deviation	t	P-value
Pre test	46.47	12.956	-11.658	1.169	-9.975	<0.001
Post test	58.13	9.861				

8. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้นำเสนอรูปแบบการพัฒนาไว้ดังนี้

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ โดยใช้การระดมสมอง (Brainstorming) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus

group discussion) ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ยางลุ่ม ตำบลดงแสนสุข และตำบลตาแย ผู้นำชุมชน และประธาน อสม. ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและ ประธาน อสม. กลุ่มๆ ละ 4 คน การดูแลสุขภาพช่องปาก

ของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ จะมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ด้วยการดูแลสุขภาพช่องปากครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว

1. ด้านความรู้

ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก : การมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในช่องปาก เช่น ฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ มะเร็งช่องปาก สาเหตุ อาการ และผลกระทบ จะช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและรักษา

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง : การทราบวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธีใช้ไหมขัดฟัน

การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสม (ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก) และความถี่ในการดูแล จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้เกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก : การเข้าใจว่าอาหารและเครื่องดื่มบางชนิด เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง อาหารที่มีฤทธิ์เป็นกรด จะส่งผลเสียต่อฟันและเหงือกอย่างไร จะช่วยในการเลือกบริโภคอย่างเหมาะสม

ความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับบริการทางทันตกรรม : การทราบความสำคัญของการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ การเข้ารับการรักษาเมื่อมีปัญหา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตบุคลากร จะช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพช่องปากได้อย่างทันท่วงที

2. ด้านเจตคติ

เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี : การตระหนักว่าสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิต และความมั่นใจในตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

มีเจตคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก : การมองว่าการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ใช่ภาระที่น่าเบื่อ แต่เป็นกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้อย่างมีความสุข จะช่วยให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง : การตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องดูแลสุขภาพช่องปาก และพร้อมที่จะเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ให้ความร่วมมือกับทันตบุคลากร : การเชื่อมั่นและไว้วางใจในคำแนะนำของทันตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

3. ด้านการปฏิบัติตัว

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ : การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง อย่างถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละครั้ง การใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากเสริมตามความจำเป็น

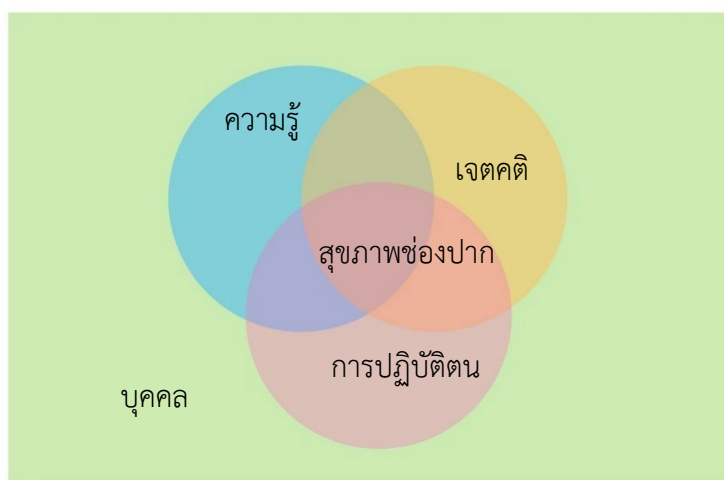
การเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก : การลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มี น้ำตาลสูงและมีฤทธิ์เป็นกรด การดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ การรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหาร

การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง : การไม่สูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการใช้ฟันผิดวิธี เช่น การกัดของแข็ง

การเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ : การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของทันตแพทย์ เพื่อตรวจหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นและรับการรักษาที่เหมาะสม

การส่งความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่ทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่อง

ปาก เจตคติที่ดีจะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ การปฏิบัติตัวที่ดียังอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี และยังเป็นการเสริมสร้างความรู้และเจตคติที่ดีให้มั่นคงยิ่งขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพจึงต้องมุ่งเน้นการพัฒนาทั้ง 3 ด้านนี้ไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ถูกต้องและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างยั่งยืน ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของบุคคล

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม 2 วงรอบ จนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ์ โดยได้รูปแบบ A4C of Oral Health Care ดังนี้

1. การเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility = A) หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพช่องปาก เข้าถึงความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ของ อสม. โดยให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสะดวก รวดเร็ว การบริการมีคุณภาพ มาตรฐาน

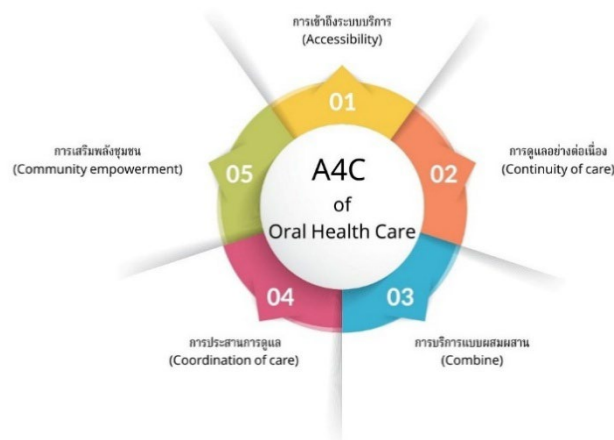
2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care = C1) หมายถึง ผู้บริการเข้าสู่ระบบการดูแลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีแผนการดูแลที่

ชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีเจ้าหน้าที่เข้ามาให้การดูแลสนับสนุนให้เกิดการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง

3. การบริการแบบผสมผสาน (Combine = C2) หมายถึง การให้การดูแลสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมในการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟู

4. การประสานการดูแล (Coordination of care = C3) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่ต้องมีการติดตามอาการจะต้องเกิดจากความร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานทางด้านสุขภาพในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำ ครอบครัวและญาติ

5. การเสริมพลังชุมชน (Community empowerment = C4) หมายถึง สนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัว มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปาก มีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก จัดการการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (Access to quality health care) ในการได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากมาตรฐาน มีนโยบายเพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จำนวน 2 วงรอบได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ดังภาพประกอบที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (A4C)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผลเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของเจต

คติในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลัง ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 38 คน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาทันตสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ์ เพิ่มขึ้นมากกว่าความรู้ก่อนการใช้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเนื้อหาความรู้ทุกครั้ง ในช่วงของการลงเก็บข้อมูล เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งเพชร บุญทศ และคณะ (2563)¹⁰ ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ต.บ้านปึก อ.เมืองจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.09 มีอายุ 55-69 ปี ร้อยละ 39.77 จบประถมศึกษา ร้อยละ 50 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-20 ปี ร้อยละ 42.05 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสามารถตนเอง โดยรวม ความสามารถตนเองด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถตนเองด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยด้านความสามารถตนเองโดยรวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.43, 0.29 และ 0.49 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.13 สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.23, 0.25, 0.29, และ 0.25 ดังนั้นผู้มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้ทันตสุขภาพ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ

ช่องปากการเลือกรับประทานอาหารและการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีผลเจตคติเปรียบเทียบ ผลต่างค่าเฉลี่ยของเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ก่อนและหลัง ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่ายรพ. ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ์ เพิ่มขึ้นมากกว่าเจตคติก่อนการใช้รูปแบบ เนื่องจาก อสม. มีความรู้ที่มากขึ้น ส่งผลให้มีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นด้วย ส่งผลให้มีเจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของแก้วใจ มาลีลัย และคณะ (2563) ได้ศึกษา ความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ในเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต.บัววัด อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 68.30 และมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ร้อยละ 75.50 องค์ความรู้พื้นฐานด้านความรู้และเจตคติสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ อสม. เช่นการให้โปรแกรมทันตสุขภาพ เพื่อให้อสม. เป็นตัวอย่างของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีทันตสุขภาพที่ดีต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติยา ศรีมาฤทธิ์ (2564) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตปละสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรม อสม. ต.เมืองศรีโค อ.วารินชำราบ

จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมทันตสุขศึกษานี้มีประสิทธิภาพต่อการพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของ อสม. สามารถนำไปส่งเสริมพัฒนาความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและปรับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุให้กับ อสม. ได้

ผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผลเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนของ อสม. ก่อนและหลัง ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ การปฏิบัติตนของ อสม. หลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เพิ่มขึ้นมากกว่าการปฏิบัติตนก่อนการใช้รูปแบบ เป็นเพราะว่าการมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง มีเจตคติที่ดีขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งเพชร บุญทศ และคณะ (2563) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ต.บ้านปึก อ.เมือง จ.ชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.09 มีอายุ 55-69 ปี ร้อยละ 39.77 จบประถมศึกษา ร้อยละ 50 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1-20 ปี

ร้อยละ 42.05 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสามารถตนเองโดยรวมความสามารถตนเองด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถตนเองด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยด้านความสามารถตนเองโดยรวมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.43, 0.29 และ 0.49 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.13 สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.23, 0.25, 0.29, และ 0.25 ดังนั้นผู้มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้ทันตสุขศึกษาฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากการเลือกรับประทานอาหารและการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ อสม. และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ความสำเร็จในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ครั้งนี้เกิดจาก การสร้างภาคีเครือข่าย การเลือกกลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณที่ดี หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านทันตสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในกระบวนการ มีการติดตามประสานงาน การเพิ่มองค์ความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิทนางู ลือชูวงศ์ และคณะ (2568)¹² ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

เด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.เมือง จ.สุโขทัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพช่องปากคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพฟันเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านทันตสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.ของเครือข่ายรพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตามรูปแบบ A4C ไปปรับใช้ให้เหมาะสมสำหรับการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในพื้นที่ได้

2. หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านทันตสุขภาพ เช่น ระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม.ของเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตามรูปแบบ A4C ไปกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลด้านทันตสุขภาพในชุมชน ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่าย

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ

References

1. Dental Public Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on the Results of the 8th National Oral Health Survey Thailand 2017. Nonthaburi: Sam Charoen Phanit; 2018.
2. Dental Public Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health. Document on Selection Criteria for Outstanding Volunteers Dental Health Branch Department of Dental Health, revised June 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://dental.anamai.moph.go.th>
3. Department of Health. Community Health System Development Manual with the National Health Security Fund. Dental Health Care System in the Community by Village Health Volunteers [Internet]. 2015 [cited 2023 May 13]. Available from: https://ppdental.anamai.moph.go.th/elde/ly/download_doc/upload93.pdf

4. Malilai K, et al. Knowledge and attitudes towards oral health care of village health volunteers in the service area of Buawat Subdistrict Health Promotion Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Community Health Academic Journal*. 2020;6(4):56-9.

5. Srimarit K. The effectiveness of dental health education program on dental caries prevention behavior of village health volunteers, Muang Sri Kai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *ournal of Public Health and Health Education*. 2021;1(1):13-5

6. Kimmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

7. Public Health Support Division. Database Report Form for Village Health Volunteers. Number of Village Health Volunteers Report [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00001.php>

8. Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook Cognitive*. New York: McKay; 1959

9. *Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.*

10. Boonthat R, et al. The relationship between knowledge, self-efficacy and oral health care behavior of village health volunteers, Ban Puk Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province. *Journal of Dental Health*. 2020;43(2):72-5.

11. Juayjaew N, et al. The Outcome of the Model Using in Oral Health Care for Primary School Age Children at Thung Saliam District in Sukhothai Province. *Seicnec and Technology to community*. 2024;2(2):17-31., 2(2),17-31

12. Luechoowong S, et al. Development of Oral Health Promotion Model for Preschool children through family and community involvement in Child Development Centers Muang District, Sukhothai Province. *Journal of Environment Education Medical and Health*. 2025;10(1):352-9. 10(1), 352-359

บทความวิจัย

การศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการ ในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมทรง จิระวรานันท์* สายไหม ตุ่มวิจิตร**

แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์***

บทคัดย่อ

การรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ การจัดการอาการที่เหมาะสมช่วยลดความรุนแรงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธี โดยใช้แนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาล ตติยภูมิ 3 จำนวน 192 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้อาการ แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิต แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 1.00, 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธีการจัดการอาการและประสิทธิผลในการจัดการอาการ เท่ากับ .80, .90, .86 และ .85 ค่า คูเดอร์-ริชาร์ดสัน -21 ของแบบสอบถามการรับรู้อาการ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกได้แก่ ผอมลง เหนื่อยล้า ขาปลายมือ-ปลายเท้า นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร อาการที่มีความรุนแรงมากคือ ผอมลง ขาปลายมือ-ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะบ่อยมีความรุนแรงปานกลาง กลวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายมีแนวโน้มถูกใช้สม่ำเสมอและมีประสิทธิผลสูงได้แก่ การตัดผมให้สั้น โกนผม ในขณะที่กลวิธีที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องถูกใช้ไม่สม่ำเสมอทั้งที่มีประสิทธิผลมากได้แก่ สวมหมวก วิก ใช้ผ้าโพกศีรษะ การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เช่น ยาระบาย ยานอนหลับ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รวมถึงการพูดคุยระบายความรู้สึกับคนรอบข้าง ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการประเมินอาการ การส่งเสริมการจัดการอาการ ของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: มะเร็งรังไข่/ เคมีบำบัด/ อาการ/ การจัดการอาการ/ การรบกวนการดำเนินชีวิต

วันที่รับบทความ: 30 ตุลาคม 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 15 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 25 เมษายน 2569

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ดร. สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: saimai.t@stin.ac.th

*** อาจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Symptom Perception, Interference with Daily Life, and Symptom Management Strategies among Women with Ovarian Cancer

Somsong Jiravaranon* Saimai Tumwijit**

Jamchan Prateepmanowong***

ABSTRACT

Chemotherapy induces symptoms that interfere with the daily lives of women with ovarian cancer. Effective symptom management can reduce symptom severity and improve quality of life. This descriptive study aimed to examine symptom perception, symptom severity, interference with daily life, symptom management strategies, and their effectiveness, based on the Symptom Management Model proposed by Dodd et al. (2001). The participants consisted of 192 women with ovarian cancer receiving chemotherapy from three tertiary hospitals. They were selected using systematic random sampling. Data were collected using questionnaires, including the Symptom Perception Questionnaire, the Daily Life Interference Questionnaire, and the Symptom Management Strategies Questionnaire. The content validity of these instruments was 0.93, 1.00, and 0.95, respectively. Cronbach's alpha coefficients for the Symptom Perception Questionnaire (symptom severity), the Daily Life Interference Questionnaire, the Symptom Management Strategies and the Effectiveness) were .80, .90, .86, and .85, respectively. The Kuder–Richardson-21 reliability coefficient for the Symptom Perception Questionnaire was .85. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the five most commonly reported symptoms were hair loss, fatigue, numbness of the hands and feet, insomnia, and loss of appetite. Hair loss was reported as the most severe symptom, whereas numbness of the hands and feet, insomnia, constipation, and frequent urination were reported at a moderate level of severity. Interference with daily life resulting from chemotherapy was at a low level. Symptom management strategies that were easy to implement tended to be used consistently and were reported to be highly effective, including cutting hair short and shaving the hair. In contrast, strategies requiring ongoing adherence were used inconsistently despite being highly effective, including wearing a hat, wig, or headscarf; seeking medical consultation; taking medications such as laxatives or sleeping pills; avoiding caffeinated beverages; and talking with people around them to express their feelings. These findings indicate that nurses and healthcare professionals can apply this information to develop guidelines for symptom assessment, promote symptom management among women with ovarian cancer receiving chemotherapy on a continuous basis, thereby reducing the impact on daily life and enhancing patients' quality of life.

Key Words: Ovarian cancer/ Chemotherapy/ Symptoms/ Symptom management/ Interference with daily life

Article info: Received: October 30, 2025 Revised: April 15, 2026, Accepted: April 25, 2026

*Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand.

** Corresponding Author, Lecturer (Ph.D. in Nursing), Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand.

*** Lecturer, Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) เป็นโรคร้ายที่พบได้บ่อยในสตรีมีครรภ์ในวัย 50-60 ปี องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่จำนวน 324,603 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งรังไข่ 206,956 ราย สำหรับประเทศไทยมะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด โดยคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า จะพบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในสตรีไทยสูงถึง 34.9 รายต่อประชากร 100,000 คน² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบเมื่อโรครอยู่ในระยะลุกลามทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี ต้องใช้การรักษาที่มีความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายสูงและอัตราการรอดชีพ 5 ปี ลดลงเหลือเพียง 30.3%^{3,4}

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในการรักษาหลักในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ โดยเคมีบำบัดสูตรพื้นฐานเป็นพื้นฐานหลักของการรักษา ได้แก่ กลุ่มที่มีแพลตินัม (platinum) และแท็กแซน (taxane) เป็นยาหลักร่วมกับยาเคมีบำบัดอื่น ๆ^{5,6} โดยสูตรมาตรฐานที่ใช้บ่อยที่สุดคือแพ็คลิแทกเซล (paclitaxel) ร่วมกับคาร์โบพลาติน (carboplatin)^{3,7} ถึงแม้ว่ายาเคมีบำบัดจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพ และลดโอกาสกลับเป็นซ้ำในขณะเดียวกันกลไกการออกฤทธิ์ของยาก่อให้เกิดอาการ เช่น ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ภาวะกดไขกระดูก ผลในปาก และเบื่ออาหาร หากอาการเกิดขึ้นบ่อยและรุนแรงจนผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อ เกิดความล้มเหลวในการรักษา ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับ

อาการและดูแลตนเองได้ดี มักส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จได้และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸

จากแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ⁸ อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่ากายมีความผิดปกติหรือความไม่สบายเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา (symptom perception) บุคคลจะประเมินความถี่ของอาการ ความรุนแรง และผลกระทบจากอาการ จากนั้นจะเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management) เพื่อบรรเทาอาการนั้น โดยกลวิธีที่เลือกใช้จะแตกต่างกันไปตามความเชื่อและเหตุผลส่วนบุคคล หากพบว่าวิธีที่ใช้ได้ผลดี ก็มักใช้วิธีนั้นต่อไป อย่างไรก็ตามหากพบว่ากลวิธีนั้นไม่สามารถบรรเทาอาการได้ ก็จะแสวงหากลวิธีอื่น ๆ หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น พยาบาล แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสุขภาพ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการและกลวิธีในการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด แต่การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ยังมีอยู่อย่างจำกัด⁹⁻¹¹ สำหรับในประเทศไทย แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับอาการจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่บ้างแล้ว แต่ในบริบทของไทยยังมีข้อมูลจำกัด และส่วนใหญ่ศึกษาหรือรายงานเพียงบางมิติ เช่น ความชุกหรือความรุนแรงของอาการ แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งความรุนแรง ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและประสิทธิผลของกลวิธีในการจัดการอาการอย่างครบถ้วนในกรอบเดียวกัน รวมถึง

งานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เก็บข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยได้

จากข้อจำกัดขององค์ความรู้ดังกล่าว ส่งผลให้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมการจัดการอาการในสตรีมะเร็งที่เป็นรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังขาดข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงมุ่งศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทไทยในสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

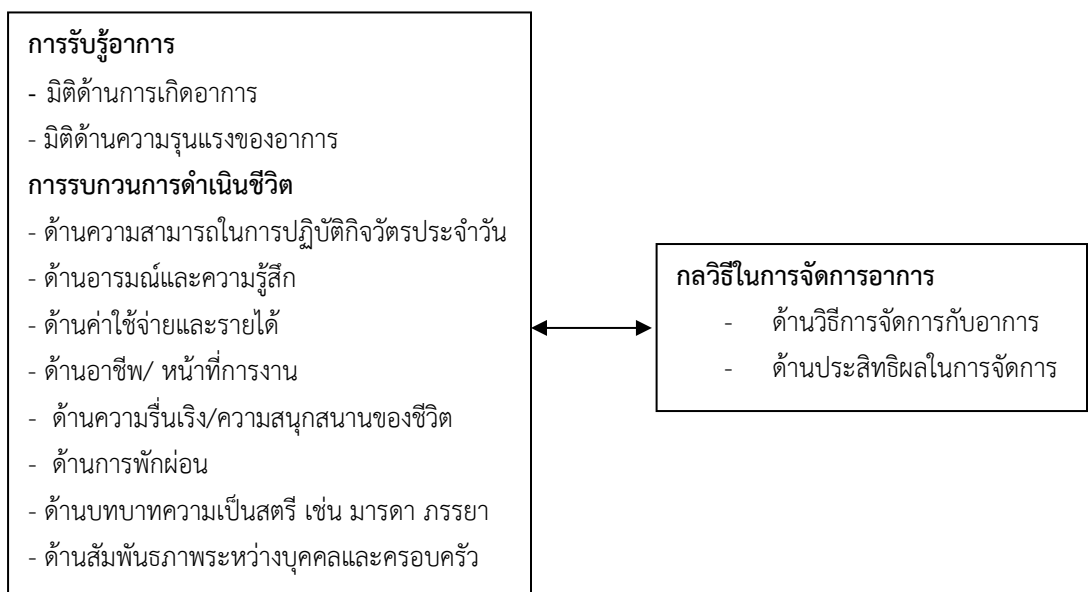
1. เพื่อศึกษาการรับรู้อาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 2. เพื่อศึกษาการรบกวนการดำเนินชีวิตจากการได้รับยาเคมีบำบัดในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 3. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- #### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ (2001)⁸ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ

(symptom management strategies) และ 3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) โดยประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptoms) โดยบุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย จากนั้นบุคคลจะประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ว่าความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) ความทรมาน (distress) หรือไม่ และอาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิต (Interfering with life) ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงพฤติกรรมหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น (response of symptoms) ซึ่งการตอบสนองต่ออาการจะรวมไปถึงการแสวงหาความช่วยเหลือซึ่งก็คือการแสวงหา กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) ซึ่งบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไปเพื่อบรรเทาหรือจัดการความไม่สบาย โดยกลวิธีการที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลส่วนบุคคล หากวิธีการนั้นสามารถบรรเทาอาการได้ บุคคลมีแนวโน้มจะใช่วิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่หากไม่สามารถบรรเทาอาการได้ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนหรือแสวงหาวิธีการอื่นเพิ่มเติม โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการที่มีความชัดเจน เช่น ความถี่หรือความรุนแรงของอาการและความทรมานลดลง การทำงานด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น หรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าว อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รับรู้ว่ามีอาการไม่สบายเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ (symptom perception) จะประเมินลักษณะของอาการ ที่เกิดขึ้นว่ามีความถี่ หรือความรุนแรง ระดับใด ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิต (Interfering with life) ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมหรือไม่ หากพบว่าอาการมีความรุนแรงและเริ่มรบกวนการดำเนินชีวิต จะเริ่มแสวงหากลวิธีในการจัดการอาการ (symptom management strategies) เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหมดไป กลวิธีที่เลือกใช้อาจมาจากประสบการณ์ส่วนตัว

ความเชื่อ คำแนะนำจากคนรอบข้าง หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ผู้ที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน หากกลวิธีดังกล่าวใช้ได้ผลหรือมีประสิทธิผลที่ดี (outcomes) ทำให้อาการทุเลาลง ความรุนแรงหรือความทุกข์ทรมานลดลง ส่งผลให้การทำงานด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น สตรีเหล่านั้นจะเลือกใช้กลวิธีนั้นอย่างต่อเนื่อง แต่หากไม่ได้ผลก็จะเปลี่ยนหรือแสวงหากลวิธีใหม่ๆ จนกว่าอาการจะบรรเทาลง และหากไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองก็จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้นดังแสดงในแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนามาตามแนวคิด Symptom Management Model

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจ (survey descriptive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีการทดสอบ

สมมติฐานเชิงอนุมาน และไม่มุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีไทย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการให้เคมีบำบัด ใน 6 ภูมิภาคของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 18 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งรังไข่ ที่เข้ารับการรักษาดด้วยยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกและที่หอผู้ป่วยใน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งรังไข่ด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหารชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ทุกระยะ เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบการรักษา พูดคุยสื่อสารและตอบคำถามรู้เรื่อง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบประสาท พูด อ่านภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงอย่างรุนแรง ในขณะตอบแบบสอบถาม เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบประคับประคองในขณะที่เก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (table of power analysis)¹⁴ กำหนดค่าความคาดเคลื่อน

ชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 192 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (proportion to size) โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ประมาณปีละ 360 ราย โรงพยาบาลมหารชนครศรีธรรมราชประมาณปีละ 180 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 77 คน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีจำนวน 77 คนและโรงพยาบาลมหารชนครศรีธรรมราชจำนวน 38 คน

วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling technique)

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling technique) เพื่อเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยแบ่งภูมิภาคในประเทศไทยตามการแบ่งภูมิภาคทางภูมิศาสตร์ของคณะกรรมการภูมิศาสตร์แห่งชาติ เป็น 6 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาและทรัพยากรในการเก็บข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยจัดอัตราส่วนในการแบ่งภูมิภาคและเพื่อให้ได้ตัวแทนประชากรที่มีความหลากหลายจากทุกพื้นที่ให้มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลมากที่สุด ผู้วิจัยจึงใช้สัดส่วน เลือกตัวแทนมา 1 ภูมิภาคจากใน 2 ภูมิภาค เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้มากที่สุด โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกตัวแทนภูมิภาค ผู้วิจัย สุ่มเลือกภูมิภาคโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือก 3 ภูมิภาคจาก 6 ภูมิภาคของประเทศไทย ผลการจับสลากได้ ภูมิภาคที่เป็นตัวแทนได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคใต้

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตัวแทนโรงพยาบาล ตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดจากใน 3 ภูมิภาคข้างต้นโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ผลการจับสลากได้ โรงพยาบาล 3 แห่งคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (ภาคกลาง) โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (ภาคตะวันออก) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช (ภาคใต้)

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (eligible criteria) จากรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด และหอผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้รับยาเคมีบำบัดของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละวันจะจัดเรียงตามลำดับการเข้ารับบริการ จากนั้นเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ(systematic random sampling) โดยเก็บข้อมูลห้าคนวันหนึ่งคน

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามในครั้งนีแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกคำตอบจากตัวเลือกที่กำหนดให้ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ระยะของโรคมะเร็งรังไข่ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด (cycle) เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้

อาการ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001) ⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้การย้อนหลังไป 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แต่ละข้อคำถามแบ่งการรับรู้อาการใน 2 มิติคือ มิติการเกิดอาการและมิติความรุนแรงของอาการ โดยส่วนที่ 1 มิติการเกิดอาการมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าเคยมีอาการดังแสดง ใน 23 รายการตามที่ระบุไว้หรือไม่ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0 – 1 โดย 0 หมายถึงไม่เคยมีอาการนี้เกิดขึ้นเลย และ 1 หมายถึงมีอาการนี้เกิดขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีอาการเกิดขึ้น จะได้รับการประเมินในส่วนที่ 2 มิติความรุนแรงของอาการต่อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) โดย 1 หมายถึงรุนแรงน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 5 หมายถึงอาการมีความรุนแรงมากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงรุนแรงน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงรุนแรงน้อย คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึงรุนแรงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงรุนแรงมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง

รุนแรงมากที่สุด แต่หากไม่มีอาการในข้อใด ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความรุนแรงของอาการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิต พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001)⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) โดย 1 หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึงรบกวนมากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยพัฒนาตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001)⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยวิธีนั้น โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเฉพาะข้อที่มีอาการเท่านั้น หากข้อใดที่ไม่มีอาการก็ให้ข้ามข้อนั้นไป โดยส่วนที่ 1 กลวิธีการจัดการอาการ เป็นการประเมินวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) คะแนนมีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนนโดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีดังกล่าวเลย จนถึง 5 หมายถึงใช้วิธีการดังกล่าวทุกครั้งที่มีอาการ การแปลผลกลวิธีการจัดการอาการ ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นน้อยมาก คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงใช้กลวิธีในข้อนั้นนาน ๆ ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นเป็นบางครั้ง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นทุกครั้งที่มีอาการ

จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะถูกขอให้ประเมินในส่วนที่ 2 คือประสิทธิผลในการจัดการกับอาการดังกล่าว ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a -5 rating scale) ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 ช่วงคะแนนเริ่มตั้งแต่ 1 หมายถึงวิธีที่ใช้จัดการอาการดังกล่าวไม่ได้ผลเลย จนถึง 5 คะแนนหมายถึงวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการมากที่สุด แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยจัดการกับอาการตามวิธีที่ระบุไว้ไม่ต้องระบุคำตอบในส่วนของประสิทธิผลในการจัดการในข้อนั้น การแปลผลประสิทธิผลการจัดการอาการ ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการ

ได้ผลปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลมะเร็ง 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (Advanced Practice Nurse) 2 คนและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช 1 คน การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Scale Content Validity Index: S-CVI)¹⁶ ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้อาการเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสอบถามการรับรู้อาการในมิติด้านความรุนแรงของอาการได้ค่าเท่ากับ .80 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิตเท่ากับ .90 และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการเท่ากับ .86 และประสิทธิผลในการจัดการอาการเท่ากับ .85 สำหรับมิติด้านการเกิดของอาการ

ใช้วิธี Kuder–Richardson (KR-21) ได้ค่าเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹⁷

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หมายเลข EC No. 002/2567 (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข COA No.1058/2024 (วันที่ 1 สิงหาคม 2567) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย หมายเลข COA No.02/2024 (วันที่ 6 สิงหาคม 2567) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หมายเลข B023/2567 (วันที่ 16 ตุลาคม 2567)

ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของโครงการวิจัย อธิบายเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปรึกษาแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้หรือครอบครัวก่อนตัดสินใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ เฉพาะหัวหน้าโครงการวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยสมบูรณ์หลังสิ้นสุดการวิจัยหรือได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ทั้งนี้ผู้วิจัยยินยอมตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่างอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ปิดบัง หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมร่วมการวิจัยจะลงลายมือชื่อในหนังสือแสดง

เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมได้รับสำเนาเอกสารไว้เป็นหลักฐานจำนวน 1 ชุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ สิงหาคม 2567 - สิงหาคม 2568 โดยการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เนื่องจากมีการให้บริการในวันเวลาราชการตรงกัน ผู้ช่วยวิจัยต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี และเก็บข้อมูลนอกเวลางาน ผู้ช่วยวิจัยผ่านการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ ลักษณะของแบบสอบถามและข้อคำถามในแต่ละข้อ การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้อย่างถูกต้อง และการวางตัวเป็นกลางเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การพิจารณาของตนเองในการตอบแบบสอบถามมากที่สุด ทั้งนี้ผู้วิจัยหลักติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ และให้เบอร์ติดต่อในกรณีมีข้อสงสัยเร่งด่วน สำหรับขั้นตอนการวิจัยดำเนินการดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับเคมีบำบัดในแต่ละวัน เพื่อคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (eligible criteria)

จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นระบบโดยเลือกเก็บข้อมูลหารายวันหนึ่งราย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และการพิทักษ์สิทธิอย่างครบถ้วน พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเน้นย้ำกับกลุ่มตัวอย่างว่าการวิจัยไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการให้บริการจึงปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ต้องเกรงใจว่าจะมีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

3. การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 4 ชุด จำนวน 59 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ใช้เวลาในช่วงที่ไม่รบกวนการรักษา เช่น ระหว่างรอพบแพทย์หรือรับยา และเพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนจากการระลึกย้อนหลัง (recall bias) ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาการประเมินย้อนหลังไว้เพียง 1 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการจดจำอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อคำถามยังได้รับการออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจง และอ้างอิงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาที่กำหนดอย่างชัดเจน เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกข้อมูลได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติหรือรู้สึกไม่สบายใจระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และแจ้งพยาบาลประจำหน่วยเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

4. ภายหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่ามียารายการใดไม่ครบถ้วนจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทางสถิติถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 (ลิขสิทธิ์โดยสถาบันการพยาบาลศรี สวรินทิราสภากาชาดไทย) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการ สำหรับข้อมูลการรับรู้อาการในมิติความรุนแรง การรบกวนการดำเนินชีวิต และกลวิธีการจัดการอาการ รวมถึงประสิทธิผลในการจัดการอาการพบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติจึงทำการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรุนแรงของอาการคำนวณเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีอาการนั้นโดยไม่รวมผู้ที่ไม่มีอาการ สำหรับค่าเฉลี่ยความรุนแรงภาพรวมคำนวณจากคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรวมทั้งหมด 23 รายการ

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบร้อยละ 100 และไม่พบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (missing data) เนื่องจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันทีหลังเก็บข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.69 ปี (SD=13.09) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (64.06%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ศึกษามากที่สุด (31.25%) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (24.48%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณ (43.75%) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (64.58%) โดยรายที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (20.83%) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (28%) และในจำนวนนี้เป็นญาติสายตรงมากที่สุด (57.14%) รวมถึงมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ (43.75%) คือ มะเร็งเต้านมมากที่สุด (11.46%) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีมากที่สุด (57.29%) พบในระยะที่ 3 มากที่สุด (41.15%) รองลงมาคือระยะที่ 4 (26.56%) ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร paclitaxel ร่วมกับ carboplatin (81.77%) ได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6 มากที่สุด (26.56%)

Table 1 Number and Percentage of Symptom Prevalence (n = 192) and Severity Levels among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n = number of patients reporting the symptom)

Symptom	Presence n (%)	Symptom	Severity Level		
			M (SD), n	level	95%CI
Hair loss	177 (92.19)	Hair loss	4.23 (0.97),177	Severe	4.08-4.37
Fatigue/weak- ness/lack of energy	163 (84.90)	Numbness in hands feet	3.31 (1.08),154	Moderate	3.14-3.48
Numbness in hands/feet	154 (80.21)	Insomnia/difficulty sleeping	3.21 (1.02),140	Moderate	3.04-3.38
Insomnia/difficulty sleeping	140 (72.92)	Constipation	3.19 (1.18),109	Moderate	2.98-3.40
Loss of appetite	128 (66.67)	Frequent urination	3.04 (0.96),78	Moderate	2.82-3.25
Back pain/muscle pain/joint pain	115 (59.90)	Loss of appetite	2.96 (0.98),128	Moderate	2.79-3.13
Nausea/vomiting	114 (59.38)	Fatigue/weak- ness/lack of energy	2.91 (0.91),163	Moderate	2.77-3.06
Emotional distress	110 (57.29)	Skin rash/itching	2.86 (1.14),86	Moderate	2.62-3.10
Constipation	109 (56.77)	Leg cramps/muscle pain	2.85 (1.04),84	Moderate	2.62-3.07
Skin rash/itch- ing/dyscoloration	86 (44.79)	Abdominal Bloat- ing/fullness	2.85 (1.09),61	Moderate	2.57-3.13
Leg cramps/mus- cle pain	84 (43.75)	Back pain/muscle pain/joint pain	2.77 (1.12),115	Moderate	2.57-2.98
Memory problems	78 (40.63)	Fever/flushing	2.75 (1.11),24	Moderate	2.28-3.22
Frequent urination	78 (40.63)	Distress	2.76 (1.00),68	Moderate	2.52-3.01
Distress	68 (35.42)	Abdominal pain	2.74 (1.21),39	Moderate	2.35-3.14
Headache/dizzi- ness	65 (33.85)	Emotional distress (sadness, anxiety)	2.68 (0.93),110	Moderate	2.51-2.86
Bloating/fullness	61 (31.77)	Nausea/vomiting	2.64 (0.96),114	Moderate	2.46-2.82
Dyspnea/shortness of breath	61 (31.77)	Diarrhea	2.61 (0.90),36	Moderate	2.31-2.92
Dry lips/oral ulcers	59 (30.73)	Dyspnea/shortness of breath	2.57 (1.07),61	Moderate	2.30-2.85

Symptom	Presence n (%)	Symptom	Severity Level		
			M (SD), n	level	95%CI
Loss of interest	51 (26.56)	Dry lips/oral ulcers	2.53 (0.91),59	Moderate	2.29-2.76
Abdominal pain	39 (20.31)	Loss of interest	2.41 (0.90),51	Mild	2.16-2.66
Diarrhea	36 (18.75)	Memory problems	2.40 (0.74),78	Mild	2.23-2.57
Cough	30 (15.63)	Headache/dizziness	2.40 (0.79),65	Mild	2.21-2.59
Fever/flushing	25 (13.02)	Cough	2.00 (0.79),30	Mild	1.71-2.29
Other (Irritable)	1 (0.52)	Overall symptom severity	2.81(0.43)	Moder-ate	2.63-3.00

Note: Symptom severity was calculated only among patients who reported that symptom. Symptoms are ranked in descending order of prevalence and severity.

ผลการศึกษาในตารางที่ 1 พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ผอมร่วง (92.19%) รองลงมาคือ เหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (84.90%) ซาปลายมือ-ปลายเท้า (80.21%) นอนไม่หลับ (72.92%) และเบื่ออาหาร (66.67%) สำหรับอาการที่พบได้มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปวดหลัง/กล้ามเนื้อ/ปวดข้อ (59.90%) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (59.38%) ท้องผูก (56.77%) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นในการได้รับยา

เคมีบำบัด ได้แก่ รู้สึกเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลสูงถึง 57.29% สำหรับมิติด้านความรุนแรงของอาการ ในภาพรวมพบว่ามีความรุนแรงระดับปานกลาง (M=2.81, SD= 0.43) โดยผอมร่วงเป็นอาการที่มีความรุนแรงในระดับมาก (M= 4.23, SD=0.97) ส่วนอาการที่มีความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ ซาปลายมือ-ปลายเท้า (M=3.31, SD= 1.08) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (M= 3.21, SD= 1.02) ท้องผูก (M=3.19, SD= 1.18) และปัสสาวะบ่อย (M=3.04, SD=0.96) ตามลำดับ

Table 2 Mean (SD) of Life Interference Caused by Symptoms among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n = 192)

Life Interference	M (SD)	95%CI	Level
Increased family expenses	3.05 (1.283)	2.86-3.23	Moderate
Sleep disturbance	2.85 (1.22)	2.68-3.03	Moderate
Impact on income	2.54 (1.39)	2.34-2.74	Moderate
Interference with daily activities (eating, walking, bathing, dressing, etc.)	2.46 (1.12)	2.30-2.62	Mild
Impact on occupation/work role	2.31 (1.20)	2.14-2.48	Mild
Emotional instability	2.16 (1.00)	2.02-2.30	Mild
Reduced enjoyment in life	2.14 (1.03)	1.99-2.28	Mild

Impact on female roles (e.g., motherhood)	1.74 (1.08)	1.59-1.89	Very mild
Impact on relationships with others	1.67 (0.98)	1.53-1.81	Very mild
Impact on marital relationship	1.51 (0.90)	1.38-1.64	Very mild
Overall mean life interference:	2.24 (0.81)	2.13-2.36	Mild

ผลการศึกษาจากตารางที่ 2 พบว่าการ
รบกวนการดำเนินชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับน้อย
(M=2.24, SD=0.81) มิติที่รบกวนการดำเนินชีวิต
มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือด้านเศรษฐกิจโดย
พบว่าก่อให้เกิดรายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น

(M=3.05, SD=1.28) และด้านการนอนหลับ
พักผ่อน (M=2.85, SD=1.22) โดยเป็นการ
รบกวนในระดับปานกลาง และด้านที่ถูกรบกวน
น้อยที่สุดคือสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา
(M=1.51, SD=0.90)

Table 3 Mean and Standard Deviation of Symptom Management Strategies and Their Effectiveness among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n categorized by symptom)

Symptom	Strategy	Effectiveness			
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
1. Hair loss (n=177)	1. Cutting hair short or shaving	3.80 (1.39) 3.59-4.00	Regularly	3.84 (1.14) 3.66-4.03	High
	2. Wearing hats, wigs, or headscarves	3.49 (1.53) 3.27-3.72	Sometimes	3.93 (0.98) 3.76-4.09	High
	3. Using mild/baby sham- poo	2.38 (1.48) 2.16-2.59	Occasionally	2.76 (1.17) 2.52-3.00	Moderate
	1. Massage/compression	2.54 (1.35) 2.33-2.76	Sometimes	2.61 (0.84) 2.45-2.77	Moderate
	3. Hand/leg exercises	2.25 (1.41) 2.03-2.47	Occasionally	2.73 (0.92) 2.52-2.93	Moderate
	2. Applying balm	1.74 (1.11) 1.57-1.92	Occasionally	2.75 (1.00) 2.49-3.00	Moderate
3. Fatigue/ weakness/ lack of en- ergy	1. Resting/napping	3.14 (1.26) 2.95-3.33	Sometimes	3.07 (0.81) 2.93-3.22	Moderate
	2. Nutritional supple- ments	2.37 (1.35) 2.16-2.58	Occasionally	2.92 (0.89) 2.75-3.10	Moderate

Symptom	Strategy	Effectiveness			
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
(n=163)	5. Engaging in distraction activities (e.g., praying, meditation)	1.96 (1.24) 1.77-2.15	Occasion- ally	2.95 (0.89) 2.74-2.91	Moderate
4. Difficulty sleeping (n=140)	1. Keeping the bedroom completely dark during sleep	2.60 (1.65) 2.33-2.87	Sometimes	2.87 (1.19) 2.60-2.85	Moderate
	2. Praying, meditation, or mindfulness practices	2.52 (1.47) 2.28-2.77	Sometimes	3.04 (0.92) 2.85-3.02	Moderate
	3. Use of sleeping medication	2.50 (1.50) 2.26-2.75	Sometimes	3.94 (0.73) 3.78-4.10	High
5. Constipation (n=109)	1. Consuming vegetables, fruits, yogurt	3.04 (1.57) 2.75-3.34	Sometimes	3.47 (0.89) 3.27-3.68	Moderate
	2. Use of laxatives, suppositories, or enemas	2.39 (1.40) 2.13-2.65	Occasion- ally	3.58 (0.82) 3.38-3.77	High
	3. Increasing water intake	2.36 (1.49) 2.08-2.64	Occasion- ally	3.30 (0.80) 3.09-3.50	Moderate
6. Loss of appetite (n=128)	1. Consuming alternative foods	2.94 (1.41) 2.69-3.19	Sometimes	3.14 (0.97) 2.94-3.34	Moderate
	2. Choosing preferred foods (e.g., desserts, fruits)	2.45 (1.38) 2.21-2.70	Occasionally	3.09 (0.89) 2.89-3.30	Moderate
	3. Forcing oneself to eat	2.41 (1.37) 2.17-2.66	Occasionally	2.90 (1.03) 2.65-3.15	Moderate
6. Frequent urination (n=78)	1. Reducing or avoiding fluid intake 2 hours before bedtime	2.69 (1.33) 2.36-3.03	Sometimes	3.09 (0.76) 2.86-3.31	Moderate
	2. Avoiding caffeinated beverages	1.89 (1.42) 1.53-2.25	Occasionally	3.59 (0.96) 3.17-4.02	High
	3. Seeking medical consultation	1.56 (1.18) 1.26-1.86	Occasionally	3.50 (1.02) 2.91-4.09	High

Symptom	Strategy	Effectiveness			
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
7. Nausea/ vomiting (n = 114)	1. Taking antiemetic medications	3.29 (1.48) 3.00-3.57	Sometimes	3.77 (0.87) 3.58-3.96	High
	2. Consuming sour fruits or candies	2.85 (1.39) 2.59-3.12	Sometimes	3.12 (0.98) 2.91-3.33	Moderate
	3. Resting	2.37 (1.49) 2.09-2.65	Occasionally	3.28 (0.88) 3.04-3.52	Moderate
8. Back pain/mus- cle pain/joint pain (n=115)	1. Taking analgesics or muscle relaxants	2.50 (1.47) 2.23-2.77	Sometimes	3.46 (0.81) 3.26-3.65	Moderate
	2. Massage at painful areas	2.16 (1.31) 1.92-2.40	Occasionally	2.98 (0.99) 2.73-3.24	Moderate
	3. Applying topical analgesics	2.05 (1.22) 1.83-2.27	Occasionally	2.92 (0.97) 2.67-3.17	Moderate
9. Emo- tional Psychologi- cal Symp- toms (n=138)	1. Talking and expressing feelings with others	3.17 (1.40) 2.93-3.40	Sometimes	3.74 (0.78) 3.58-3.89	High
	2. Attempting to forget or accept the illness	2.84 (1.36) 2.61-3.07	Sometimes	3.09 (0.87) 2.92-3.27	Moderate
	3. Engaging in religious activities	2.78 (1.34) 2.56-3.00	Sometimes	3.19 (1.05) 2.99-3.39	Moderate

Note: Item numbers represent symptom codes and do not indicate ranking by prevalence or severity.

ผลจากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการอาการผมั่ว้ง คือเลือกที่จะดัดผมสั้นหรือโกนผม เป็นวิธีที่ถูกใช้สม่ำเสมอที่สุด (M=3.80, SD=1.39) และมีประสิทธิผลมาก (M=3.84, SD=1.14) นอกจากนี้ การสวมหมวก/วิก/ผ้าโพกศีรษะ แม้ส่วนใหญ่จะใช้เป็นครั้งคราว (M=3.49, SD=1.53) แต่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิภาพสูงเช่นกัน (M=3.93, SD=0.98) อาการขาปลายมือ-ปลายเท้าพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

เลือกใช้การบีบ/นวด/ประคบ ทาด้วยบาล์มหรือยาหม่อง และบริหารมือ - ขา โดยปฏิบัติเป็นครั้งคราวจึงให้ผลในระดับปานกลาง อาการเหนื่อยล้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั่งพัก นอนพักหรือจิบน้ำในตอนกลางวันซึ่งได้ผลเพียงระดับปานกลาง (M=3.07, SD= 0.81) ในรายที่มีนอนไม่หลับพบว่าแม้จะเลือกการรับประทานยานอนหลับนาน ๆ ครั้ง แต่ก็มีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่น ๆ (M= 3.94, SD=0.73) อาการท้องผูกพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีในการเลือกรับประทานผัก

ผลไม้ ตึมนมรสเปรี้ยวโยเกิร์ต แต่กลับพบว่าการใช้ยาระบายมีประสิทธิภาพช่วยระบายได้มากกว่า ($M=3.58$, $SD=0.82$) สำหรับอาการปัสสาวะบ่อยพบว่า วิธีการงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ชา กาแฟ น้ำอัดลมและการไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุแม้จะใช้วิธีนี้นาน ๆ ครั้งแต่ก็มีประสิทธิภาพมาก ($M=3.59$, $SD=0.96$) สำหรับอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดแม้จะปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($M=3.17$, $SD=1.40$) แต่ก็ใช่วิธีที่มีประสิทธิผลในระดับสูง ($M=3.74$, $SD=0.78$)

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบความชุกหรือการรับรู้อาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ผม่วรง รองลงมาคืออาการเหนื่อยล้า อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร ขณะที่ผม่วรงยังคงเป็นอาการที่มีระดับความรุนแรงของอาการสูงที่สุด รองลงมาคือ อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า และอาการนอนไม่หลับและยังพบว่าอาการที่พบได้ในระดับปานกลางแต่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีระดับความรุนแรงในอันดับต้น ๆ นั่นก็คือ อาการท้องผูกและอาการปัสสาวะบ่อย ขณะที่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แต่มีมิติด้านเศรษฐกิจและการนอนหลับถูกรบกวนมากกว่ามิติอื่น ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้อาการอาจไม่รุนแรงหากเกิดขึ้นบ่อยก็อาจทำให้การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ถูกรบกวน จนต้องหาวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ⁸ ที่อธิบายว่าการรับรู้อาการ (symptom perception) การจัดการอาการ (symptom management) และผลลัพธ์ (outcome) มีความสัมพันธ์กันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เมื่อสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น (symptom perception) เช่น ผม่วรง ชาปลายมือ-ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก เบื่ออาหาร หรือปัสสาวะบ่อย ก็จะประเมินความถี่ ความรุนแรง และประเมินว่าอาการรบกวนการดำเนินชีวิตหรือไม่ระดับใด หากมีความรุนแรงหรือรบกวนก็จะแสวงหาทริคที่จะทำให้อาการนั้นบรรเทาลงหรือหมดไป โดยเลือกวิธีตามที่ตนเองเชื่อว่ามีประสิทธิภาพที่จะบรรเทาความรุนแรงจากอาการนั้นได้ และทำให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่าอาการเป็นสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นได้บ่อยและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ซึ่งแม้มีประสิทธิผลต่อการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ยังกระทบต่อเนื้อเยื่อปกติส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้ในอัตราที่สูงดังจะอธิบายต่อไป

ประสบการณ์การมีอาการและความรุนแรงของอาการ จากผลการศึกษาพบว่าผม่วรง พบได้บ่อยที่สุดและมีความรุนแรงมากซึ่งผม่วรงเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ก่อให้เกิดความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผม่วรง อาจเกิดเนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน

ที่มีส่วนประกอบของ taxane (paclitaxel) ร่วมกับ platinum (carboplatin) โดยยาในกลุ่มเหล่านี้ทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์รากผมที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เส้นผมหักและหลุดร่วงภายในไม่กี่สัปดาห์หลังเริ่มการรักษา¹⁸ โดย BC Cancer Drug Manual (2024)¹⁹ รายงานว่าการได้รับยาสูตร carboplatin สูตรเดี่ยวทำให้ผมร่วงได้ประมาณ 3% แต่เมื่อให้ร่วมกับ paclitaxel จะส่งผลให้ผมร่วงมีความรุนแรงมากขึ้นถึง 87 - 93 % ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรผสมระหว่าง paclitaxel ร่วมกับ carboplatin (81.77%) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 6 (26.56%) และมากกว่า 6 ครั้ง (15.10%) จึงทำให้เกิดการสะสมของยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ให้อาการผมร่วงมีความรุนแรงเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษา Gaumond และคณะ²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่จำนวน 19,680 คน ที่ได้รับสูตรยาเคมีบำบัดที่มีส่วนประกอบของ platinum, taxanes, และ topoisomerase I inhibitors เช่น paclitaxel พบความชุกของผมร่วงมากถึง 62.80-79.00 % และมีความรุนแรงระดับมาก (grade 3) ในขณะที่ใช้ในสูตรผสม เช่น carboplatin ร่วมกับ paclitaxel (CP) พบอัตราผมร่วงเพิ่มขึ้นได้สูง 73-80% โดยมีความรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากที่สุด (grade 1-4) หรือสูตรผสมระหว่าง cyclophosphamide, adriamycin, และ cisplatin (CAP) พบผมร่วงได้ 76% มีความรุนแรงในระดับมากถึงมากที่สุด (grade 3-4)

รวมถึงผมร่วงทำให้เกิดการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ความทุกข์ทรมานและลดคุณภาพชีวิต

อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า

ในการศึกษานี้พบมากถึง 80.21% ความรุนแรงในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ BC Cancer Drug Manual (2024)¹⁹ รายงานอุบัติการณ์อาการชาปลายมือ-ปลายเท้าพบได้สูงถึง 52-64% มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้อาการชาปลายมือ-ปลายเท้าเป็นอาการที่เกิดจากพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมสลายของใยประสาท axon จากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด จึงส่งผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเกิดการอักเสบและเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด²¹⁻²² ทั้งนี้อาจเกิดจากพิษของ paclitaxel ที่มีต่อเส้นประสาทส่วนปลายจึงทำให้เกิดอาการ เช่น ชา แสบร้อน เจ็บจี๊ดเหมือนไฟช็อตตามปลายมือปลายเท้า จึงถูกเรียกว่า Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) โดย อาการมักเกิดภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังได้รับยาหรืออาจรุนแรงขึ้นหลังจากนั้นอีก 1-2 สัปดาห์ภายหลังให้ยา²³ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มากถึง 22.39% จึงอาจพบอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าได้ อย่างไรก็ตามความชุกของการเกิดอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าอาจเพิ่มตามขนาดยาที่สะสมในร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jin และคณะ²⁴ ที่รายงานว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะสูตร paclitaxel ร่วมกับ carboplatin มีอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าเนื่องจากยาเคมีบำบัดมากถึง 69.30%

อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยสูงถึง 72.92% โดยมีความรุนแรงของอาการในระดับรุนแรง เป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวด ชาปลายมือ-ปลายเท้า จนทำให้เจ็บ จนสะดุ้งตื่นในตอนกลางคืน และหลับต่อได้ไม่สนิท ดังข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มเติมไว้ว่า “บางครั้งนอน ๆ อยู่แล้วมีอาการเจ็บจี๊ด แสบ ๆ ที่ปลายมือ เลยกินน้อยและนอนต่อไม่ค่อยหลับ” หรือ “กลางคืนตื่นมาเข้าห้องน้ำบ่อยมาก ตื่นแล้วก็นอนไม่ค่อยหลับ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beesley และคณะ⁹ ที่พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับ 45% และการศึกษาของ Mahfouz และคณะ²⁵ ที่ศึกษาเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในสตรีมะเร็งรังไข่ในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ โดยพบว่านอนไม่หลับเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (52%) ในขณะที่นอนไม่หลับในรายที่ผ่าตัดและได้รับฮอร์โมนบำบัดพบ 33% และ 32% ตามลำดับ

ท้องผูก และ ปัสสาวะบ่อย พบในกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น 56.77% และ 40.63% ตามลำดับ โดยทั้งสองอาการมีความรุนแรงเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาการท้องผูกอาจสัมพันธ์กับผลของยาเคมีบำบัดต่อระบบประสาทที่ลำไส้ และกล้ามเนื้อเรียบทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง โดยการศึกษาของ Sailors และคณะ²² พบว่าอาการท้องผูกพบได้ระดับปานกลางถึงรุนแรง อาการปัสสาวะบ่อย สาเหตุอาจเกี่ยวข้อง

ทั้งจากโรค เช่น ก้อนมะเร็งในอุ้งเชิงกราน กดเบียดกระเพาะปัสสาวะและจากกระบวนการรักษา เช่น การให้สารน้ำร่วมกับยาเคมีบำบัด ทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น ตลอดจนปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ทั้งนี้งานวิจัยของ Hwang และคณะ²⁶ พบว่าความชุกของอาการปัสสาวะบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบได้บ่อยถึง 85.40 % ซึ่งอาการปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืนอาจเป็นหนึ่ง ในสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในการศึกษารั้งนี้ (57.29%) และ ความรู้สึกละอายใจพบได้ 35.42% ผลการศึกษารั้งนี้สนับสนุนแนวคิด Symptom Management Model⁸ ที่อธิบายว่า การรับรู้อาการไม่ได้มีเพียงมิติด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมมิติด้านอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งการรับรู้อาการด้านอารมณ์และด้านร่างกายมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Beesley และคณะ⁹ ที่พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อยในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด 20% และ 14% ตามลำดับ และการศึกษาของ Clevenger และคณะ²⁷ ที่พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง ($p < .04$) และการนอนหลับที่ลดลงยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงอีกด้วย ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารั้งนี้มีความแตกต่างจากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เล็กน้อยเนื่องจากในมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พบอาการที่พบได้บ่อยที่สุด มากกว่าอาการทางด้านร่างกาย²⁸

การรบกวนการดำเนินชีวิตของอาการ
ในการศึกษาครั้งนี้โดยรวมอยู่ระดับน้อย ($M=2.24$, $SD=0.81$) ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิด Symptom Management Model⁸ ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้นในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการในภาพรวมมีความรุนแรงในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างจึงยังสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นไม่ทำให้พบหาพบความเป็นสตรี เช่น มารดาหรือภรรยาหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาตกลง โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลประกอบว่า “สามีและลูกดูแลตนเองเป็นอย่างดี ยิ่งเจ็บป่วยเขายิ่งดูแลใกล้ชิด” รวมถึงไม่ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเสียไปเนื่องจากสามารถติดต่อพูดคุยกับเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง ได้ด้วยการใช้วิดีโอคอลทางไลน์ เป็นต้น สำหรับเหตุผลที่มีมิติด้านเศรษฐกิจ เป็นด้านที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด อาจเนื่องจากมะเร็งรังไข่และกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและรายได้ของตนเองหรือครอบครัว แม้ว่าจะมีสิทธิในการรักษาในบางส่วนแต่ก็ต้องแบกรับภาระ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าที่พักโดยเฉพาะ ผู้ที่ต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัด การหยุดงานหรือจำกัดชั่วโมงการทำงานทำให้สูญเสียรายได้ ทั้ง

ของผู้ป่วยเองและของผู้ดูแลจึงส่งผลให้ภาระทางการเงินเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบทางลบจากภาระทางการเงิน" (financial toxicity) ในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ โดย Swiecki-Sikorall และคณะ²⁹ พบว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางลบจากภาระทางการเงิน แม้จะมีประกันสุขภาพแต่ก็ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาเพียงบางส่วนเท่านั้น โดย นำมาซึ่งภาระทางการเงินในรูปแบบทางตรงคือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือทางอ้อม ผ่านการสูญเสียการจ้างงานและรายได้ ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เป็นต้น

สำหรับการรบกวนด้านการนอนหลับพักผ่อนอาจเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่มีส่วนประกอบของ taxane หรือ platinum จึงทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัจจัยรบกวนการนอนหลับ เช่น ชาปลายมือ - ปลายเท้า (80.21%) ปวดหลัง/กล้ามเนื้อ/ปวดข้อ (59.90%) คลื่นไส้/อาเจียน (59.38%) ตะคริวที่ขา/ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อขา (43.75%) หรือ ปัสสาวะบ่อย (40.63%) รวมถึงภาวะอารมณ์และความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ และความไม่แน่นอนของการรักษา จะเพิ่มการตื่นตัวของระบบประสาท ทำให้หลับยากหรือตื่นบ่อย อาการเหล่านี้ส่งผลการรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) เป็นอย่างมาก

กลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็น มะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า มักเลือกใช้ กลวิธีการจัดการอาการที่ทำเองง่ายและเห็นผล ชัด เช่น ตัดผมสั้น/สวมวิก มักจะถูกเลือกใช้ สม่่าเสมอและพบว่ามีประสิทธิภาพสูง ในขณะที่วิธี ที่ต้องทำต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน เช่น การบีบ – นวด – บริหาร มักถูกเลือกใช้เป็นครั้งคราวและ ได้ผลเพียงระดับปานกลาง และยังพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีบางส่วนที่เลือกใช้กลวิธีอยู่เฉย ๆ (wait and observe) เป็นครั้งคราวและพบว่าไม่ได้ผล จนถึงได้ผลเล็กน้อย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็น ถึงความรุนแรงของอาการ ความเชื่อใน ประสิทธิภาพ ความสะดวกและความเป็นไปได้ใน การปฏิบัติเป็นตัวกำหนดการเลือกปฏิบัติใน แต่ละกลวิธี และความคงอยู่ของความสม่่าเสมอ ในการปฏิบัตินั้น และหากวิธีดังกล่าวไม่ได้ผลจะ เลือกใช้กลวิธีการด้วยการขอความช่วยเหลือ จากแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการเหล่านั้น เช่น อาการท้องผูก นอนไม่หลับ และคลื่นไส้/อาเจียน เป็นต้น ซึ่งพบว่าแม้จะเลือกใช้กลวิธีเหล่านั้น นาน ๆ ครั้ง แต่พบว่ามีประสิทธิภาพ ในการบรรเทาอาการสูง สอดคล้องกับแนวคิด Symptom Management Model ที่อธิบายไว้ ว่าบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีในการจัดการอาการ (symptom management strategies) เพื่อให้ อาการบรรเทาลงหรือหายไป โดยการเลือกใช้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล หากพบว่าสามารถบรรเทาอาการได้ บุคคลจะใช้ วิธีเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามหาก พบว่าวิธีการที่เลือกใช้ไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย ก็อาจจะแสวงหาการจัดการกับอาการด้วยวิธี

อื่น ๆ อาจให้ทีมสุขภาพเข้ามามีบทบาทในการ จัดการอาการของตน⁸

ประสิทธิผลในการจัดการอาการ พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เลือกใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อจัดการอาการ **รวม** โดยการตัดผมสั้น/โกนผม เป็นกลวิธีที่ใช้ บ่อยและได้ผลมาก รวมถึงเลือกใช้การสวม หมวก/วิก/ผ้าโพกศีรษะ ซึ่งแม้จะเลือกใช้เป็น บางครั้ง แต่กลุ่มตัวอย่างก็ประเมินว่ามี ประสิทธิภาพสูง ซึ่งกลวิธีเหล่านี้เป็นการจัดการ ด้านภาพลักษณ์ที่มีความเป็นรูปธรรม ช่วยลด ความทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ที่เสียไปและ สนับสนุนการเข้าถึงสังคมได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึง เลือกปฏิบัติเป็นประจำทำให้ได้ผลดี คล้ายคลึง กับผลการศึกษา Natason และคณะ²⁸ ที่พบว่า สตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการ รวม เลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับภาพลักษณ์ ได้แก่ การโกนผม สวมหมวก สวมวิก สูงถึง 91.30% , 88.10% , และ 66.90% ตามลำดับ

การจัดการกับอาการชาปลายมือ – ปลายเท้า พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง รับรู้ ว่าอาการไม่รุนแรง การปฏิบัติจึงไม่สม่่าเสมอ ทำให้ประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วน ใหญ่เลือกใช้วิธีบีบ นวด ประคบ และการบริหาร มือและเท้าแต่พบว่าปฏิบัติเป็นครั้งคราว ไม่สม่่าเสมอ จึงให้ผลเพียงระดับปานกลาง แสดง ให้เห็นว่าหากกลวิธีบรรเทาอาการนั้นต้องทำ อย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอน และเป็นการบรรเทา อาการเฉพาะที่ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดแรง สนับสนุนที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ ประสิทธิภาพไม่มากพอ คล้ายคลึงกับผลการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ยาเคมีบำบัดของ

อภิญา คารมปราชญ์และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ป่วย 11.70 % เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการขา ปลายมือ-ปลายเท้าโดยการบีบ นวด บริหารมือ หรือประคบ/แช่น้ำอุ่น และการสวมถุงมือ-ถุงเท้า เพื่อไม่ให้มือเท้าเย็น เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการนอน ไม่หลับ โดยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีปรับเปลี่ยน สิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการนอน เช่น การปิดไฟ ให้มืดสนิท ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการสวด มนต์ ภาวนา ทำสมาธิ อย่างไรก็ตามพบว่าได้ผล ในระดับปานกลางเนื่องจากปฏิบัติเป็นบางครั้ง จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อพบว่า กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างดำเนินการ ด้วยตนเองเลือกใช้เช่น การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หรือปรับสิ่งแวดล้อมไม่ได้ผล ก็จะ แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทาง การแพทย์ เพื่อช่วยในการรักษาหรือให้ยาช่วย ให้นอนหลับได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแม้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะรับประทานยานอนหลับเป็น บางครั้งแต่ก็ให้ประสิทธิผลในระดับสูง สอดคล้อง กับการศึกษาของอภิญา คารมปราชญ์และ คณะ²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการนอน ไม่หลับด้วยการรับประทานยาคลายเครียดที่ ได้รับจากโรงพยาบาล ร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อน คลาย เช่น การอ่านหนังสือ สวดมนต์และ นั่งสมาธิ และคล้ายคลึงกับการศึกษาในสตรี มะเร็งปากมดลูกในช่วงก่อนรักษา ขณะรักษา และภายหลังรักษา 1 เดือนที่พบว่าแม้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างจะใช้กลวิธีสวดมนต์หรือทำสมาธิ มากกว่าการรับประทานยานอนหลับ แต่กลับ

พบว่าการรับประทานยานอนหลับเป็นกลวิธีที่มี ประสิทธิภาพสูงกว่า³⁰

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่ากลวิธี การจัดการอาการท้องผูก เมื่อการปรับพฤติกรรม เช่นเพิ่มการรับประทานผักผลไม้และดื่มน้ำให้ มากขึ้นแต่กลับให้ประสิทธิผลเพียงระดับปาน กลาง ผู้ป่วยก็จะเปลี่ยนกลวิธีเป็นการแสวงหา ความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ ยาระบาย ซึ่งแม้ปฏิบัติเป็นบางครั้งแต่กลับให้ ประสิทธิภาพมาก คล้ายคลึงกับการจัดการอาการ ปัสสาวะบ่อยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะปรับ พฤติกรรมเช่น การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ คาเฟอีน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม ซึ่งแม้เลือก ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แต่ให้ประสิทธิผลที่มาก สะท้อนให้เห็นว่ากลวิธีบางอย่างแม้จะมี ประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการสูง แต่หากใช้ ไม่สม่ำเสมอหรือยังขาดความรู้และแรงจูงใจ จึงอาจไม่สามารถจัดการอาการนั้นได้ทั้งหมด นอกจากนี้การไปพบแพทย์แม้จะปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง แต่พบว่ากลับให้ผลในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบในอาการอื่น ๆ ที่พบว่า เมื่อการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่องหรือได้ผลจำกัด ผู้ป่วยจะหันไปแสวงหาความช่วยเหลือทาง การแพทย์เพื่อช่วยประเมินสาเหตุและให้ การรักษาที่เหมาะสม

สำหรับอาการทางด้านจิตใจและ อารมณ์พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมี บำบัด เลือกใช้กลวิธีการพึ่งพาแรงสนับสนุนทาง สังคมก่อนเป็นอันดับแรก โดยเลือกที่จะพูดคุย ระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ซึ่งแม้ภาพรวม

พบว่าเป็นการปฏิบัติเป็นบางครั้งแต่กลับพบว่า มีประสิทธิผลมาก ผลการศึกษามีความแตกต่างจากสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอารมณ์ โดยทำใจยอมรับความเจ็บป่วยและคิดทางบวกว่าตนเองมีโอกาสรักษาหายจากโรค²¹ ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น (56.90%) ซึ่งมีโอกาสรักษาให้หายได้ ในขณะที่สตรีที่เป็น มะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ระยะที่ 3 และ 4 คิดเป็น (67.71%) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เผชิญกับความไม่แน่นอนทางอาการและการพยากรณ์ของโรคที่สูงกว่ามะเร็งเต้านม ดังนั้น จึงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากบริบทวัฒนธรรมไทยครอบครัวเป็นแหล่งพึ่งพาหลักเมื่อเผชิญวิกฤตสุขภาพ การพูดคุยระบายความรู้สึกโดยเฉพาะกับคนในครอบครัว จะช่วยจัดการอาการทางจิตใจและอารมณ์ได้มากกว่า

สรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ประสบการณ์การมีอาการของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติด้านร่างกายเท่านั้น แต่เชื่อมโยงกับมิติทางด้านจิตใจ สังคม และบทบาทความเป็นสตรี นอกจากนี้ อาการที่มีความรุนแรงหรือส่งผลต่อภาพลักษณ์ และการดำเนินชีวิต มักมีแนวโน้มกระตุ้นให้ผู้ป่วย เลือกใช้กลวิธีจัดการอาการที่ปฏิบัติได้ง่ายและเห็นผลชัดเจน ในขณะที่กลวิธีที่ต้องอาศัยความต่อเนื่อง อาจถูกใช้ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัด เช่น ภาระจากอาการ ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุน

จากครอบครัว นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมไทย ครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อการรับรู้อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ข้อมูลและส่งเสริมการจัดการอาการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อนของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับผู้ป่วย มะเร็งชนิดอื่นหรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้ เนื่องจากลักษณะอาการ ผลข้างเคียง และวิธีจัดการอาการอาจแตกต่างกัน นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาให้ข้อมูลเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการจำย้อนหลังได้

จุดแข็งของงานวิจัย

ผลจากการศึกษามาจากกลุ่มตัวอย่างจากหลายภูมิภาคของประเทศ ซึ่งช่วยเพิ่มความครอบคลุมเชิงพื้นที่และสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยได้หลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ตีความผลการศึกษา และการศึกษาในครั้งนี้ยังครอบคลุมหลายมิติสำคัญภายใต้กรอบการศึกษาเดียวกันของแนวคิด Symptom

Management Model ทั้งมิติการรับรู้อาการ มิติความรุนแรง ผลกระทบ กลวิธีการจัดการ อาการ และประสิทธิผลของกลวิธีดังกล่าว ซึ่งช่วยให้เข้าใจประสบการณ์อาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมถึงผลการศึกษายังให้ข้อมูลเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมการจัดการอาการและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะทางคลินิก เช่น หน่วยเคมีบำบัด หรือหอผู้ป่วย ในที่มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินอาการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อยและมีความรุนแรง เช่น ผื่นร่วน ชาปลายมือ-ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะบ่อย เป็นต้น รวมถึงอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะ ซึมเศร้า ท้อแท้ และวิตกกังวล ซึ่งอาจผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ รวมถึงวางแผนการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละราย

1.2 ด้านการเรียนการสอน ผลการวิจัยสามารถส่งเสริมอาจารย์และผู้เรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในหัวข้อเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยในระบบสืบพันธุ์สตรี เพื่อประเมิน

อาการและให้การพยาบาลในการจัดการกับอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม มีความครอบคลุมทั้งอาการทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดหรือการได้รับรังสีรักษาเพื่อเปรียบเทียบอาการและกลวิธีในการจัดการอาการที่แตกต่างกันตามรูปแบบการรักษา และควรศึกษาเพิ่มเติมในการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการและประสิทธิผลของกลวิธีในการจัดการอาการ รวมถึงการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการที่เกิดขึ้นบ่อยหรือมีความรุนแรง ให้มีความครอบคลุมทั้งอาการด้านร่างกายและจิตใจ

References

1. International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Ovary source: globocan 2025 [Internet]. 2025 [cited 2026 April 6]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/25-ovary-factsheet.pdf>
2. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Global cancer observatory. Thailand source: globocan 2025 [Internet]. 2026 [cited 2026 April 6]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
3. Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, Barroilhet L, Behbakht K, Berchuck A, et al. Ovarian cancer, version 2.2020, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw 2021;19(2):191-226. doi: 10.6004/jnccn.2021.0007.
4. Pongpila U, Promthet S, Kamsa-ard S, Suwanrungruang K, Kleebkaow P, Pengsaa P. Survival of ovarian cancer patients in Khon Kaen province. KKU Journal for Public Health Research 2018;11(2):30-9. (in Thai)
5. Sukrapat W, Taksin P, Chaismithkul R. The relationship between sense of coherence and health promoting behaviors among patients with ovarian cancer receiving chemotherapy. NJPH 2021;31(1):189-98. (in Thai)
6. Pimsi P, Santimaleeworagun W. New role of olaparibon the treatment of epithelial ovarian cancer. TJPP 2018;10(1):174-84. (in Thai)
7. National Health Security Office. Treatment Guidelines for Ovarian Cancer Patients under the National Health Security System, Fiscal Year 2018 in Treatment Guidelines for adult Cancer Patients year 2018 for Public health service fees in the National Health Security System. Bangkok,NHSO;2018; p.25-38. (in Thai)
8. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.

9. Beesley VL, Webber K, Nagle CM, DeFazio A, Obermair A, Williams M, et al. When will I feel normal again? Trajectories and predictors of persistent symptoms and poor wellbeing after primary chemotherapy for ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2020;159(1):179-86. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.07.029.
10. Beesley VL, Ross TL, King MT, Campbell R, Nagle CM, Obermair A, et al. Evaluating patient-reported symptoms and late adverse effects following completion of first-line chemotherapy for ovarian cancer using the MOST (Measure of Ovarian Symptoms and Treatment concerns). *Gynecol Oncol* 2022;164(2):437-45. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.12.006.
11. Martin ML, Halling K, Eek D, Reaney M. "Lower abdominal pains, as if I was being squeezed...in a clamp": A qualitative analysis of symptoms, patient-perceived side effects and impacts of ovarian cancer. *Patient* 2020;13(2):189-200. doi: 10.1007/s40271-019-00393-8.
12. Kittisiam T, Muangkhousa S, Tangjitgamol S, Tantraporn T, Yongsamit P, Assavavisidchai N, et al. Prevalence of other cancers in ovarian cancer patients. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2018;62(1):1-8. (in Thai)
13. Liblab S. Effect of *ercc1*, *xrcc1* and *gsp1* polymorphisms on clinical response and adverse events of platinum-based chemotherapy in epithelial ovarian cancer patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
14. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, & generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
15. Cohen J. Statistic power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
16. Polit FD, Beck TC. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
17. DeVellis RF. Scale development: : theory and applications. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2017.

18. Wikramanayake TC, Haberland NI, Akhundlu A, Laboy Nieves A, Miteva M. Prevention and treatment of chemotherapy-induced alopecia: what is available and what is coming? *Curr Oncol* 2023;30(4):3609-26. doi: 10.3390/curroncol30040275.

19. BC Cancer. DRUG NAME: Paclitaxel [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.bccancer.bc.ca/drug-data-base-site/Drug%20Index/Paclitaxel_monograph.pdf

20. Gaumond SI, Beraja GE, Kamholtz I, Ferrari LM, Mahmoud RH, Jimenez JJ. Chemotherapy-induced alopecia in ovarian cancer: incidence, mechanisms, and impact across treatment regimens. *Cancers (Basel)* 2025;17(3):411. doi: 10.3390/cancers17030411.

21. Apinya Karomprat A, Chaichan P, Santawesuk U, Sookprasert A. Symptoms, symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Med J* 2017;32(4):326-31. (in Thai)

22. Sailors MH, Bodurka DC, Gning I, Ramondetta LM, Williams LA, Mendoza TR, et al. Anderson Symptom Inventory (MDASI) for use in patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2013;130(2):323-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.05.009.

23. Klein I, Lehmann HC. Pathomechanisms of paclitaxel-induced peripheral neuropathy. *Toxics*. 2021;9(10):229. doi: 10.3390/toxics9100229.

24. Jin L, Zhang Y, Yang W. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy among patients with ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2020;149(3):303-308. doi: 10.1002/ijgo.13137.

25. Mahfouz FM, Li T, Joda M, Harrison M, Horvath LG, Grimison P, et al. Sleep dysfunction associated with worse chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity functional outcomes. *Support Care Cancer* 2023;32(1):46. doi: 10.1007/s00520-023-08245-w.

26. Hwang KH, Cho OH, Yoo YS. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *Eur J Oncol Nurs* 2016;21:215-22. doi: 10.1016/j.ejon.2015.10.007.

27. Clevenger L, Schrepf A, Degeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, et al. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis. *Cancer* 2013;119(17):3234-41. doi: 10.1002/cncr.28188.

28. Natason A, Tepsuriyanont S, Wamaloon C, Tubtimhin S, Prakobchit S. Symptoms and symptom management in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University* 2024;26(2):110-125. (in Thai)

29. Swiecki-Sikora AL, Craig AD, Chu CS. Financial toxicity in ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2022;32(11):1450-54. doi: 10.1136/ijgc-2022-003594.

30. Sumdaengrit B, Hanucharurnkul S, Dodd MJ, Wilailak S, Vorapongsathorn T, Pongthavornkamol K. Symptom experience and self-care among Thai women with cervical cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010;14(3):203-18.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

จิราจันทร์ คนทา* ปิ่นแก้ว โชติอำนวย**

อจณโรบล แสงประเสริฐ* พรวิไล คล้ายจันทร์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed-methods research) เพื่อศึกษาระดับของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต และปัจจัยที่ส่งเสริมลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนเชิงคุณภาพ (sequential explanatory design) เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และเจตคติต่อการเรียนรู้ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่ออธิบายและขยายผลเชิงลึกจากข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.08) โดยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเจตคติต่อการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .458$ และ $.255$ ตามลำดับ) ในขณะที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่พบความสัมพันธ์กับลักษณะดังกล่าว ($r = .150$) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสะท้อนว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน วิธีการสอน แหล่งสนับสนุนการเรียนรู้ กิจกรรมเสริมหลักสูตร ทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ และแรงจูงใจในการเรียนรู้ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาลให้สูงขึ้นในทุกด้าน

คำสำคัญ: ลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต/ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์/ เจตคติต่อการเรียนรู้

วันที่รับบทความ: 20 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 24 ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 25 ธันวาคม 2567

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

**ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

E-mail: pinkaew@bcnspmw.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Factors Associated with Lifelong Learning Characteristics among Nursing Students

Jirajan kontha* Pinkaew Choteamnuay**

Atcharobon Sangpraseart* Pornwilai klaijun***

ABSTRACT

This study employed a mixed-methods research design using a sequential explanatory approach to examine the level of lifelong learner characteristics, analyze factors associated with these characteristics, and identify factors that promote lifelong learner characteristics among nursing students. The sample consisted of nursing students in Years 1–4 at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Nakhon Sawan. Quantitative data were collected prior to qualitative data collection. The quantitative research instruments included general information questionnaire, lifelong learner characteristics, achievement motivation, and attitudes towards learning. The qualitative instrument was a structured interview guide. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation coefficient. Qualitative data were analyzed using content analysis to explain and provide deeper insights into the factors associated with lifelong learner characteristics identified from the quantitative findings.

The results revealed that the overall level of lifelong learner characteristics was high (Mean = 3.08). Achievement motivation and attitudes towards learning were positively and significantly correlated with lifelong learner characteristics at the .01 level ($r = .458$ and $r = .255$, respectively). In contrast, academic achievement was not significantly associated with lifelong learner characteristics ($r = .150$). The qualitative findings indicated that key factors promoting lifelong learner characteristics included teaching and learning approaches, instructional methods, learning support resources, extracurricular activities, essential learning skills, and learning motivation. These findings can be used as a guideline to enhance lifelong learner characteristics among nursing students across multiple dimensions.

Key Words: Lifelong Learner Characteristics/ achievement motivation/ attitude towards learning

Article info: Received: July 20, 2024 Revised: December 24, 2024, Accepted: December 25, 2024

*Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

**Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan E-mail: pinkaew@bcnsprnw.ac.th

***Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตและการปรับตัวในศตวรรษที่ 21 ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) มาตรา 22 กำหนดให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ¹ สอดคล้องกับ แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ที่เน้นการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคใหม่ ในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 การเรียนรู้ตลอดชีวิตจึงเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในศตวรรษที่ 21² โดยการเรียนรู้ต่อเนื่องช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการจัดการเรียนรู้ในปัจจุบันยังไม่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือสร้างกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต³ ในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของโรคและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ทำให้การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในการจัดการศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโรคสายพันธุ์ใหม่ ต้องมีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ทำให้นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งมีผลต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁴ ลักษณะของผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ ความใฝ่รู้ การคิด

วิเคราะห์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง และทักษะการสื่อสาร^{5,6} ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอก⁷ โดยปัจจัยภายใน ได้แก่ เจตคติ แรงจูงใจ และความสามารถในการเรียนรู้ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ แหล่งเรียนรู้ โอกาสในการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน งานวิจัยที่ผ่านมาของบุญเลี้ยง ทูมทอง และเฉลิมชัย โสสุทธิ⁸ ที่ศึกษาศักยภาพการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยยังไม่เอื้อต่อการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างเต็มที่ เนื่องจากสิ่งที้นักศึกษาเรียนรู้ไม่สอดคล้องกับการนำไปใช้ในชีวิตจริงได้อย่างเต็มที่ นักศึกษาไม่สามารถเลือกสิ่งที่ตนสนใจหรือต้องการที่จะเรียนรู้ การสอนเน้นเพื่อให้สอบผ่านมากกว่านำความรู้ไปใช้จริง รวมทั้งยังไม่เน้นที่จะฝึกให้ผู้เรียนรู้ถึงวิธีการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง⁹ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังมีความต้องการพัฒนาในด้านการเรียนรู้ด้วยตนเองและการแลกเปลี่ยนความรู้¹⁰ แม้ว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะมีความสำคัญ แต่การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะดังกล่าวในนักศึกษาพยาบาลยังมีจำกัด โดยเฉพาะในสถาบันสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมในนักศึกษาพยาบาลโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสานวิธี ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อ

ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในนักศึกษาพยาบาล
ให้สอดคล้องกับบริบทจริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดสมรรถนะหลักในการเรียนรู้ตลอดชีวิตของ คณะกรรมการ

สหภาพยุโรป⁶ เป็นกรอบแนวคิด โดยกำหนดลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล 6 ด้าน ได้แก่ 1. จิตใจรักการแสวงหาความรู้ 2. วิสัยทัศน์กว้างไกล 3. ดำเนินภารกิจต่าง ๆ ด้วยการพึ่งตนเอง 4. ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล 5. ทักษะด้านการเรียนรู้ 6. ทักษะด้านการใช้ภาษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อการเรียนรู้ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต³ และผู้เรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงมีแนวโน้มมีคุณลักษณะด้านความใฝ่รู้สูงกว่า¹¹



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบ

สหสัมพันธ์ (correlational research) เป็นวิธีการหลัก และการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการรอง ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลำดับถัดไปเพื่ออธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตให้มีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นรวมทั้งสะท้อนบริบทและความต้องการที่แท้จริงของนักศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 660 คนประชากร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 จากประชากรดังกล่าว

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดอำนาจการทดสอบ $(1-\beta) = .95$ ระดับนัยสำคัญ $(\alpha) = .05$ และขนาดอิทธิพล (effect size) = .30 สำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนของแต่ละชั้นปี (stratified random sampling) และสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้น ประกอบด้วย นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 40 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 40 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 31 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 27 คน สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คนคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับชั้นปี เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตที่ปรับปรุงจากของนิชาพัฒน์ รัตนเวชชาพัฒน์¹² เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็นคำถามเป็น 6 ด้าน คือ ด้านจิตใจรักการแสวงหาความรู้ จำนวน 25 ข้อ ด้านวิสัยทัศน์กว้างไกล จำนวน 9 ข้อ ด้านดำเนินการกิจต่าง ๆ ด้วยการใช้ตนเอง จำนวน 9 ข้อ ด้านทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 22 ข้อ ด้านทักษะด้านการเรียนรู้ จำนวน 10 ข้อ และด้านทักษะการใช้ภาษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามของบุญเลี้ยง ทุมทอง และเฉลิมชัย โสสุทธิ์⁸ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีข้อความด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนรู้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีข้อความด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ จำนวน 4 ข้อ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอน 2) สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ 3) รูปแบบและวิธีการสอนของอาจารย์ 4) แหล่งสนับสนุนการเรียนรู้ 5) ทักษะจำเป็นต่อการเรียนรู้ 6) แรงจูงใจในการเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์

พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนพยาบาล จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha) แบบสอบถามลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่น .98 แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .83

การพิทักษ์สิทธิของผู้วิจัย

การวิจัยนี้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมโดยสมัครใจ (informed consent) สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW-REC 044/2023 วันที่ให้การรับรอง 9 มิถุนายน 2566 ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน และตามด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยการเก็บข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 138 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อการเรียนรู้ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) รายชั้นปี และภาพรวมทุกชั้นปี

3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment Correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อการเรียนรู้ โดยผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเพียร์สันแล้วหาค่าของตัวแปรเป็นตัวแปรต่อเนื่อง อยู่ในมาตราอันตรภาคชั้นขึ้นไป มีการแจกแจงปกติ โดยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายของตัวอย่างเป็นโค้งปกติ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อให้

ข้อมูลเชิงลึกปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็น
ผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มี
ขั้นตอน ดังนี้ 1) ตรวจสอบข้อมูล 2) ตีความ
ข้อมูลและให้รหัส 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูล 4) หา
ความสัมพันธ์เชื่อมโยง และ 5) วิเคราะห์และสรุป
แก่นสาระสำคัญ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า
นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2
คิดเป็นร้อยละ 29.0 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 คิด
เป็นร้อยละ 22.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง ร้อยละ 87.0 และเพศชาย ร้อยละ 13.0
ส่วนใหญ่มิเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 3.00-3.49
(ร้อยละ 46.4) รองลงมาเป็น 2.50-2.99 คิดเป็น
(ร้อยละ 41.3) และมีเกรดเฉลี่ยสะสม 2.00-2.49
น้อยที่สุด (ร้อยละ 5.1)

2. ระดับของลักษณะความเป็น
ผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อ
การเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างทุกชั้นปี ผลการวิจัย
พบว่า ลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต
โดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.91 คะแนน อยู่ในระดับมาก
เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทักษะด้านการ
เรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.05 คะแนน อยู่ในระดับ
มาก รองลงมาคือ ด้านดำเนินกิจการต่างๆ ด้วย
การพึ่งตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.99 คะแนน อยู่ใน
ระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ
วิสัยทัศน์กว้างไกล มีค่าเฉลี่ย 3.42 คะแนน อยู่
ในระดับปานกลาง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ย
3.69 คะแนน อยู่ในระดับมาก เจตคติต่อการ
เรียนรู้ มีค่าเฉลี่ย 4.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก
ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1. Mean and standard deviation of achievement motivation, attitude towards learning, and lifelong learner characteristics (overall and by domains) among nursing students (Years 1–4)

<i>Variables</i>	<i>Mean</i>	<i>S.D.</i>	<i>Level</i>
Achievement motivation	3.69	.49	High
Attitude towards learning	4.00	.55	High
Lifelong learner characteristics (overall)	3.88	.57	High
Mind in seeking knowledge	3.92	.46	High
Broad vision	3.91	.54	High
Self-reliance in learning tasks	3.99	.56	High
Data analysis skills	3.96	.51	High
Learning skills	4.05	.56	High
Language skills	4.00	.71	High

3. ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเจตคติต่อการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .458$ และ $r = .255$ ตามลำดับ, $p < .01$) ส่วน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่พบความสัมพันธ์กับลักษณะดังกล่าว ($r = .150$, $p > .05$) เมื่อพิจารณาเมื่อพิจารณารายมิติของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต พบรูปแบบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับทุกมิติของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ จิตใจรักการแสวงหาความรู้ ($r = .419$) วิสัยทัศน์กว้างไกล ($r = .331$)

การพึ่งตนเอง ($r = .470$) ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ($r = .405$) ทักษะด้านการเรียนรู้ ($r = .473$) และทักษะการใช้ภาษา ($r = .198$) และพบว่าเจตคติต่อการเรียนรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับเกือบทุกมิติของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ จิตใจรักการแสวงหาความรู้ ($r = .537$) วิสัยทัศน์กว้างไกล ($r = .438$) การพึ่งตนเอง ($r = .524$) ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ($r = .523$) ทักษะด้านการเรียนรู้ ($r = .597$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทักษะการใช้ภาษา ($r = .159$, $p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2. Correlation coefficients between academic achievement, achievement motivation, attitude towards learning, and lifelong learner characteristics among nursing students ($n = 138$)

Variables	Mind in seeking knowledge	Broad vision	Self-reliance	Data analysis skill	Learning skill	Language skill	Overall Lifelong learner characteristics
Academic achievement	.165	.129	.154	.094	.175	.049	.150
Achievement motivation	.419**	.331**	.470**	.405**	.473**	.198*	.458**
Attitude towards learning	.537**	.438**	.524**	.523**	.597**	.159	.255**

** $p - \text{value} < .01$, * $p - \text{value} < .05$

3.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งเสริมลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยสามารถสังเคราะห์เป็น 6 ประเด็นหลัก (themes) ได้แก่

3.1.1 รูปแบบการจัดการเรียนการสอน (Instructional design) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (laboratory-based learning),

การใช้สื่อมัลติมีเดีย (VDO/visual media), การเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (game-based learning, active learning, flipped classroom) และการเรียนรู้ด้วยตนเองรวมกับการอภิปรายกลุ่มย่อย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า วิธีการสอนที่หลากหลายและมีปฏิสัมพันธ์ช่วยกระตุ้นความสนใจและการจดจำได้ดีขึ้น นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กล่าวว่า “การสอนที่มีคลิป VDO

มีภาพประกอบ การมีเกมส์หรือกิจกรรมคั่นระหว่างเรียน จะกระตุ้นการจำและเรียนรู้ได้ดี” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กล่าวว่า “การเรียน แลบจะช่วยให้ได้ทดลองทำซ้ำๆ สามารถสอบถามและฝึกซ้ำเพิ่มเติมได้ ทำให้มีความมั่นใจและจำได้ดีกว่าเรียนในห้องอย่างเดียว การเรียนในห้องกลุ่มใหญ่อาจไม่มีสมาธิในการเรียน แต่พอเรียนแล็บกลุ่มเล็กลงทำให้เรียนรู้ได้มากขึ้น”

3.1.2 วิธี การสอนของอาจารย์ (Teaching approach) ประกอบด้วย การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การอธิบายเนื้อหาที่ยาก การใช้ mapping เชื่อมโยงความรู้ และการยกตัวอย่างจากสถานการณ์จริง บรรยายภาคการเรียนรู้ที่เป็นกันเองมีผลต่อแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 กล่าวว่า “ชอบอาจารย์ที่คุยเล่นกับนักศึกษา คุณนอกเรื่องบ้าง ไม่ชอบอาจารย์ดุเกินไป มันจะรู้สึกกลัวอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้อะไร หรือถ้าดุหรือทำผิดก็อยากให้สอนด้วย ไม่อยากให้อดอย่างเดียวเพราะจะทำให้ฝังใจทำให้ไม่อยากเรียนวิชานั้นไปเลย” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กล่าวว่า “ชอบเรียนแบบ mapping ที่เริ่มตั้งแต่ Anatomy พยาธิสภาพ เชื่อมโยงตามลำดับความคิดต่อยอดไปเรื่อย ๆ ให้เห็นหน้าชั้นเรียนพร้อมกันแล้วคิดไปด้วยกัน จะเห็นภาพแล้วเข้าใจง่ายขึ้น”

3.1.3 แหล่งสนับสนุนการเรียนรู้ (Learning support system) แหล่งสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ เพื่อน อาจารย์ บุคลากรทางการพยาบาล ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด เครือข่ายทางสังคมมีบทบาททั้งในด้านแรงสนับสนุนและแรงจูงใจในการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่

1 กล่าวว่า “เพื่อนจะสามารถเป็นแรงสนับสนุนการเรียนรู้ที่ดี เพราะคุยแลกเปลี่ยนกันได้ และสื่อสารกันเข้าใจง่าย รวมถึงการแข่งขัน หรือเป็นแรงจูงใจเมื่อเห็นเพื่อนทำได้เราก็จะพยายามทำให้ได้” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กล่าวว่า “การสอนและถ่ายทอดแบบพี่แบบน้องบน ward จะทำให้รู้สึกอยากเรียนรู้ ไม่เบื่อกับการฝึกงาน”

3.1.4 กิจ กรรม เสริม หลั ก สุน ทร (Extracurricular engagement) กิจ กรรม ภาคนามและกิจกรรมนอกห้องเรียนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และพัฒนาทักษะทางสังคมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 กล่าวว่า “การได้ไปทำกิจกรรมนอกห้องเรียน เช่น ฝึกงานรพ.สต.รพช. ทำให้ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง รวมถึงการฝึกการติดต่อประสานงานกับแหล่งฝึกและการเรียนรู้งานกับเจ้าหน้าที่ที่มีความหลากหลาย เรียนรู้การปรับตัวกับสถานการณ์จริง กิจกรรมบางอย่างที่ไม่รู้จะกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้และมาหาคำตอบและถามความรู้ใหม่ๆจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ตื่นเต้นและสนใจอยากรู้มากขึ้น สนใจโรคหรืออาการของคนไข้ใหม่ๆที่ไม่เคยเจอ ทำให้กระตุ้นความอยากรู้ อยากเรียนมากขึ้น” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กล่าวว่า “การได้เข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัยฯ ได้ร่วมทำงานกับเพื่อนต่างห้องจากที่ไม่สนิท ก็ทำให้ได้เพื่อนใหม่มากขึ้น ได้มีโอกาสมีทักษะในการเข้าสังคม กล้าแสดงออกมากขึ้น เช่น ออกไปแสดง ทำให้กล้าแสดงออก พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ มากขึ้น”

3.1.5 ทักษะจำเป็นต่อการเรียนรู้ (Essential learning skills) ทักษะสำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การประยุกต์ใช้

ความรู้ การแก้ปัญหา และทักษะการสืบค้นข้อมูล รวมถึงภาษาอังกฤษ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กล่าวว่า “การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เช่น การฝึกให้ตนเองชอบอ่านหนังสือ การเขียนบันทึก โดยเริ่มจากสิ่งที่เราชอบก่อน เพื่อสามารถพัฒนาต่อยอดให้เป็นคนชอบการอ่าน เกิดการเรียนรู้ต่อไป” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กล่าวว่า “ทักษะการประยุกต์ใช้และการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะบนหอผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามีความจำเป็นในการพัฒนาการเรียนรู้”

3.1.6 แรงจูงใจในการเรียนรู้ (Learning motivation) แรงจูงใจมาจากทั้งภายในและภายนอก เช่น ครอบครัว เป้าหมายในอนาคต ความก้าวหน้าในอาชีพ และแบบอย่างที่ดี นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กล่าวว่า “ครอบครัวที่รอคอยเห็นความสำเร็จของเรา การรับราชการทำให้เราต้องการพัฒนาหรือเรียนรู้ เพื่อทำให้ตนเองประสบความสำเร็จตามที่ครอบครัวหวัง” นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กล่าวว่า “อนาคตตนเอง การเรียนต่อ ทุกคนก็หวังความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ที่จะให้มีรายได้ที่มากขึ้น จะเป็นแรงจูงใจให้เราไม่หยุดพัฒนา และมีเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่ออนาคตที่วางเป้าหมายไว้”

สรุปผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.88) โดยทุกมิติอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะทักษะการเรียนรู้และการพึ่งตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่มิติวิสัยทัศน์กว้างไกลมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ามิติอื่น

2. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเจตคติต่อการเรียนรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ($r = .458$ และ $.255$ ตามลำดับ, $p < .01$) ในขณะที่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่พบความสัมพันธ์กับลักษณะดังกล่าว ($r = .150$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับของลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษา มีลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของณิชาพัฒน์ รัตนเวชชาพัฒน์ 12 ที่ศึกษาลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการวิจัยพบว่า นิสิตมีลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเลี้ยง ทุมทอง และเฉลิมชัย โสสุทธิ⁸ ที่ศึกษา ศักยภาพการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ บุรีรัมย์ พบว่า ศักยภาพการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก การที่ลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม และรายด้านเกือบทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าระบบการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์สามารถพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21^{13, 14} ได้ในระดับหนึ่ง ผลการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการมีส่วนร่วม (active learning) เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ หิรัญขุนทะ และคณะ (2564)¹⁵ ที่ศึกษา

สมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ 1) การออกแบบการสอนของอาจารย์ผู้สอน 2) สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ 3) การเป็นแบบอย่างของอาจารย์ผู้สอน 4) ความกระตือรือร้นและตั้งใจของนักศึกษา

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต จากผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเจตคติต่อการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตต์ภิญญา ชุมสาย ณ อยุธยา¹⁶ พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนิสิต นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่สองทำในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเลี้ยง ทูมทอง และเฉลิมชัย โสสุทธิ⁸ ที่พบว่า ศักยภาพการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ อาจเนื่องมาจากปัจจัยภายในผู้เรียน ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ มีศักยภาพในการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจ ใจความใฝ่รู้ว่าเป็นผู้เรียนรู้ได้ ซึ่งแสดงถึงการมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนรู้⁷ สอดคล้องกับกุลธิดา ทศนพิทักษ์¹⁷ กล่าวว่าคุณลักษณะของการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตจะปรากฏชัดเจนได้นั้น ครูต้องมุ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนโดยต้องปลูกฝังให้เกิดเจตคติ

ที่ดีต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญร่วมกับการปลูกฝังสั่งสอนให้ทักษะการเรียนรู้แบบนันทนเอง และการมีพลังใจในการเรียนรู้เพื่อการใช้ชีวิตและเพื่อสังคมในยุคเทคโนโลยี สอดคล้องกับ Livneh¹⁸ กล่าวว่าคุณลักษณะของผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตต้องมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ หมายถึง เป็นผู้มีแรงจูงใจในตนเองและกำหนดแนวทางในการจะเกิดสัมฤทธิ์ผลนั้นและส่งเสริมและพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต สอดคล้องกับจุลศักดิ์ สุขสบาย¹⁹ ที่เสนอแนวทางในส่งเสริมการเรียนรู้ การใช้กลุ่มเพื่อนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีร่วมกัน ส่งเสริมเจตคติด้านการเรียนรู้ และพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต โดยนักศึกษาจะต้องได้รับการพัฒนาเจตคติที่ถูกต้องในด้านการเรียน การใช้กลุ่มเพื่อนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีร่วมกันส่งเสริมเจตคติด้านการเรียนรู้ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าแรงจูงใจในการเรียนรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

1. งานวิจัยนี้มีจุดแข็งสำคัญคือการใช้วิธีวิจัยแบบผสานวิธี ซึ่งช่วยให้สามารถอธิบายทั้งความสัมพันธ์เชิงปริมาณและกลไกเชิงลึกของการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้อย่างครอบคลุม

2. ได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงระหว่างแรงจูงใจ เจตคติ และบริบทการเรียนรู้ ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาพยาบาลได้

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาจากนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผลการศึกษาจึงใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของผู้เรียนรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยใช้ผลการวิจัยเป็นฐานในการออกแบบกลยุทธ์การเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาในทุกมิติ **ด้านการเรียนการสอน** โดยออกแบบการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (student-centered learning) และส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ควรพัฒนาทักษะในมิติที่ยังอ่อนของแต่ละชั้นปี ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1, 3 และ 4 ควรพัฒนาทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเรียนรู้ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ควรพัฒนาทักษะด้านการใช้ภาษา ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการฝึกปฏิบัติจากการทำงานจริง เช่น การทำโครงการหรือโครงงาน ฝึกปฏิบัติจริง และจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียนและเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ จะช่วยผลักดันให้ผู้เรียนตระหนักถึงการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต **ด้านสนับสนุนการเรียนรู้** พัฒนาระบบสนับสนุนการเรียนรู้ (learning support system) ที่เอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งความรู้ เทคโนโลยี และทรัพยากรการเรียนรู้ได้อย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง พัฒนาทักษะภาษาอังกฤษให้แก่นักศึกษาทั้งในและนอกห้องเรียน เช่น การจัดหลักสูตรเสริมหรือจัดสอน

ภาษาอังกฤษเพิ่มนอกเวลาเรียน จัดหาทรัพยากรหรือแหล่งความรู้ให้นักศึกษาสามารถศึกษาภาษาอังกฤษได้ด้วยตนเอง จัดเตรียมความพร้อมด้านภาษาอังกฤษและกิจกรรมสอนภาษาอังกฤษเพิ่มเติมให้นักศึกษา การสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ เช่น เปิดภาพยนตร์ภาษาอังกฤษ ในช่วงพักของนักศึกษา การให้นักศึกษาได้มีโอกาสได้สนทนากับชาวต่างประเทศ

- ควรส่งเสริมให้นักศึกษามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และเจตคติต่อการเรียนรู้ที่ดี โดยผู้บริหาร อาจารย์ กลุ่มเพื่อนเป็นแบบอย่างที่ดี ร่วมกันส่งเสริมเจตคติด้านการเรียนรู้ โดยปลูกฝังเจตคติที่ถูกต้องในด้านการเรียนแก่นักศึกษา ให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ร่วมกับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบแบบนำตนเอง และการมีพลังจูงใจในการเรียนรู้เพื่อการใช้ชีวิต โดยผ่านกิจกรรมในชั้นเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม
- ควรมีศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมพัฒนาทักษะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
- ควรมีการศึกษาลักษณะความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตในนักศึกษาพยาบาลสถาบันอื่นๆ ทั้งในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและในสังกัดอื่นๆ

References

1. Office of the National Education Commission. The National Education Act B.E. 1999 as Amended (Second Amendment B.E. 2002) and Third Amendment B.E. 2010; 2010. [cited 2023 Jul 5]. Available from: <http://www.ret2.go.th/ict/> (In Thai)
2. Ministry of Education. National Education Plan 2017-2031. Bangkok: Office of the Education Council Secretariat; 2017. (In Thai)
3. The Constituent Assembly. Constitution of the Kingdom of Thailand. Bangkok: The Constituent Assembly; 2007. Recommendation of the European Parliament and of the Council on Key Competences for Lifelong Learning; 2005. [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.europa.eu.inl/eur-lex/en/com>
4. Padilha JM, Ribeiro AR, Rosa J, Marques D, & Machado PP. Clinical Virtual Simulation as Lifelong Learning Strategy-Nurse's Verdict. Clin Simul Nurs 2020;47:1-5.
5. Candy PC, Crebert G, & O'Leary J. Developing Lifelong Learners Through Under Graduate Education. Australian Government Publishing Service; 1994. [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://www.dest.gov.au/sectors/training>
6. Commission of the European Communities. Proposal for a Recommendation of the European Parliament and of the Council on Key Competences for Lifelong Learning; 2005. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.europa.eu.inl/eur-lex/en/com>
7. Medel-Anonuevo C, Ohsako T, and Mauch W. Revisiting lifelong learning for the 21st century; 2001. [cited 2023 May 9]. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED469790>
8. Thumthong B, and Sosuttha C. The Study of Life long Learning Potential of Students at Buriram Rajabhat University .[Research report]. Buriram Rajabhat University; 2011. (In Thai)
9. Chaiya S, Siribanpitak P, and Sumettikoon P. Lifelong Learning Skills of University Students: Theoretical Framework. Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities 2015; 21(3), 149-76. (In Thai)
10. Pongsathonviboon K, Thummak S, and Daranisorn S. Needs assessment for Developing Lifelong Learning Characteristics of the Fourth Year Nursing Students of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University.[Research report]. Navamindradhiraj University; 2013. (In Thai)

11. Santichaianant O. A Study of Virtue and Morality of University Students in Bangkok and its Vicinity. [Master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2006. (In Thai)

12. Rattanawetchsphot N. The Characteristics of Life Long Learners at Srinakharinwirot University [Master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. [cited 2024 June 20]. Available from: https://ir.swu.ac.th/txmlui/bitstream/handle/123456789/3757/Nichaphat_R.pdf?sequence=2&isAllowed=y

13. Panich W. Creating learning for the 21st century. Bangkok: Foundation Printing House, Siam Commercial Bank; 2013. (In Thai)

14. Chaiya S. The developing lifelong learning skills of student in the 21st century. Journal of Educational Faculty of Education, Srinakharinwirot University 2019 ;20(1):168-80. (In Thai)

15. Hirunchunha S, Bunkong S, Phumdoung S, Boonyoung N, & Sangchan H. Lifelong Learning Competency of Nursing Students, Supporting and Obstacle Factors related to Lifelong Learning Competency Development, Songklanagarind Journal of Nursing 2021; 41(4):38-49. (In Thai)

16. Choomsai Na Ayuthaya J. The Characteristics of Lifelong Learners of Undergraduate Students in The Senior Year. [Doctoral dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2008. (In Thai)

17. Tasnaphithuk K. Teaching Models to Promote Lifelong Learning Skills for Small Schools. Lifelong Learning for Human and Social Development "Non-Formal Education Day 2011". [Research report]. Chulalongkorn University; 2011. [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.edu.chula.ac.th/nfed/students/> (In Thai)

18. Livneh C. Characteristics of Lifelong Learners in the human service professions. Adult Educ Q 1998;38(3):149-59.

19. Suksabay J. Study of Causal Factors and Guidelines for Developing Lifelong Learners' Characteristics of Elementary Grade 4th–6th students of Demonstration School of schools under Office of the Higher Education Commission. [Doctoral dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2017. [cited 2024 May 18]. Available from: https://thesis.swu.ac.th/swudis/Res_Hum/Junlasak_S.pdf (In Thai)

Factors Influencing the Functional Outcome after

Total Hip Replacement (THR) in Elderly Patients: A Literature Review

Supattra Changsuphan* Lakkhana Chainok**

Thanistha Samai***

บทคัดย่อ

The prevalence of hip fractures among the elderly continues to present significant health challenges, impacting mobility, independence, and healthcare resources. Total hip replacement (THR) is a critical surgical intervention to alleviate pain and enhance functional mobility in elderly patients. This literature review aimed to identify factors influencing post-THR recovery, focusing on success determinants, limitations, and commonly used assessment tools. The findings highlight that early mobilization, structured rehabilitation, patient self-efficacy, and family involvement are essential to successful outcomes. Dual mobility prostheses were noted to reduce dislocation rates, enhancing recovery in high-risk patients. However, challenges such as comorbidities, psychological constraints, and limited access to comprehensive rehabilitation persist. Measurement tools such as the Oxford Hip Score (OHS) and the Timed Up and Go (TUG) test were commonly employed to assess patient progress. Addressing these challenges through multidisciplinary care, patient-specific strategies, and further research is essential for improving long-term recovery and functional outcomes. These insights provide healthcare professionals with practical guidance for supporting recovery and enhancing the quality of life in elderly patients post-THR.

Key Words: hip fracture/ elderly/ total hip replacement/ functional recovery/ rehabilitation/ multidisciplinary care/ patient outcomes

Article info: Received: March 03, 2024, Revised: December 26, 2024, Accepted: March 02, 2025

*Instructor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

** Corresponding author: Instructor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima, Thailand. Email: lakkhana@sut.ac.th

***Instructor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Background and Significance of the Review Problem

The number of older persons in Thailand has been steadily increasing, and by 2023, the elderly population accounted for nearly 20% of the total population, reflecting the significant shift towards an aging society¹. Hip fractures are among the most pressing health issues affecting elderly Thai individuals, leading to severe outcomes such as increased mortality rates, prolonged disability, decreased quality of life, and high healthcare costs². Studies have indicated that the mortality rate for Thai individuals following hip fractures is substantial, with an 18% mortality rate reported within the first year post-injury, an average survival period of 72 months (approximately six years), and a 68% mortality rate within ten years³.

Hip fractures are most commonly associated with underlying comorbidities and age-related physical deterioration, with falls being the primary cause of such injuries⁴. Global estimates indicate that the incidence of hip fractures is expected to increase from 1.66 million in 1990 to 2.6 million by 2025 and reach 4.5 million by 2050⁵. The anatomical prevalence of intertrochanteric fractures is notably higher than femoral neck fractures in individuals aged 65 and older⁶. Approximately 79% of hip fractures result from falls, with other contributing factors

including falls from significant heights and vehicular accidents⁷. Post-hip fracture complications often include joint deformities, reduced range of motion, and impaired mobility⁸.

Surgical intervention, such as total hip replacement (THR), is often necessary to restore hip joint function. Between 2010 and 2015, primary hip replacement procedures increased by approximately 26%⁹. THR aims to alleviate pain and restore the ability to perform activities of daily living (ADLs). ADLs encompass a range of essential tasks, including mobility transfers, personal hygiene, and general household activities¹⁰. THR involves replacing the femoral head and acetabulum with prosthetic components to restore joint function and improve patient outcomes¹¹.

While surgical interventions offer significant benefits, they also carry risks of complications, including severe pain, dislocation, and infection, which can potentially result in functional disability⁸. Previous research has noted that physical activity alone may not be sufficient to restore function post-THR fully¹². Therefore, this review seeks to identify the factors influencing functional outcomes following THR in elderly patients, presenting key challenges and considerations for healthcare providers to enhance rehabilitation and promote functional capacity¹³.

Review Objectives: This literature review aims to:

1. Identify the factors influencing functional outcomes following total hip replacement (THR).
2. Examine key success factors and limitations related to improving functional ability post-THR.
3. Identify commonly used measurement tools for assessing patient outcomes after THR.
4. Highlight key determinants, challenges, and implications for enhancing postoperative recovery in elderly patients.

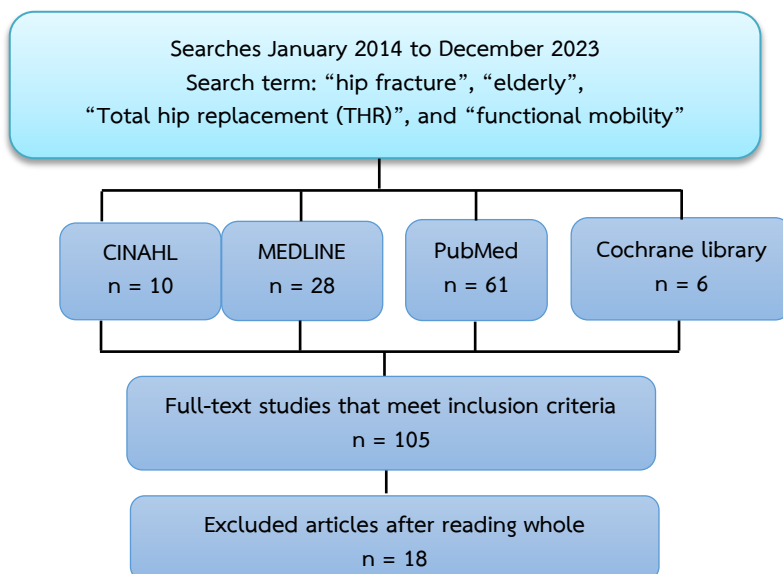
Review Methodology

Systematic literature searches were conducted using electronic databases, including CINAHL Complete, MEDLINE, PubMed, and the Cochrane Library, to identify relevant peer-reviewed journal articles. The search spanned from January 2014 to December 2023 and used key terms such as "hip fracture," "elderly," "total hip replacement (THR)," and "functional mobility." The search strategy incorporated Boolean

operators and filters to refine the results and target pertinent studies.

The inclusion criteria specified that articles must be primary source studies with full text available, focus on factors influencing the functional outcome after total hip replacement in elderly patients, be published in English, and be within the 2014-2023 timeframe. Articles were excluded if they did not meet these criteria or discussed unrelated outcomes. The screening process began with an initial review of article titles and abstracts for relevance, followed by a detailed full-text evaluation of those that met the inclusion criteria. Studies that did not align with the research objective were excluded at this stage.

Key data extracted from the selected studies included study design, sample characteristics, intervention descriptions, and main findings related to functional outcomes. This information was synthesized narratively to emphasize the factors influencing recovery and functional mobility post-THR in elderly patients.



Review results

A total of eighteen studies related to the functional recovery of elderly patients after Total Hip Replacement (THR) were included in

the review. Table 1 presents a summary of these studies, highlighting the study design, timing and duration of interventions, post-intervention follow-up, and key outcome measures.

Table 1 Summary of systematic reviews or meta-analyses related to functional recovery in elderly patients after THR (n=18)

Author/ Year	Purpose	Study Design	Intervention Details (Timing/Dura- tion)	Post- Interven- tion Follow-Up	Outcome Measures	Key Findings/ Recommendations
1. Achudan et al. (2023) ²	Compare THA-DMC with conventional implants for femoral neck fractures in elderly.	Retrospective cohort	Standardized post-op treatment for THA-DMC vs. conventional implants	Follow-up: 6 months and 1-year follow-up	SF-36, Oxford Hip Score	Lower dislocation rates in THA-DMC group; similar functional outcomes between groups.
2. Kou- douna et al. (2023) ¹¹	Investigate post-op recovery pathways and physical therapy's	Literature review	Varied post-op rehab programs analyzed	Not specified	TUG, HHS, SF-36, EQ-5	Early mobilization improved recovery; highlighted need for objective guidelines.

Author/ Year	Purpose	Study Design	Intervention Details (Timing/Dura- tion)	Post- Interven- tion Follow-Up	Outcome Measures	Key Findings/ Recommendations
	effects on returning to pre-fracture status.					
3. Bertault- Le Gourri- erec et al. (2022) ¹²	Compare THA with dual mobility cups and hemiar- throplasty in elderly FNF patients.	Retrospective cohort	Compared dislocation rates of THA- DM vs. HA	Follow-up: 5 years	WOMAC, mor- tality rates	THA-DM showed lower dislocation rates and better WOMAC scores; HA had higher mortality.
4. Sharkey et al. (2022) ⁴	Examine arthroplasty's role in hip fracture management and implant options.	Review article	Discussed implant selection (DM, hemiarthro- plasty)	Not specified	Function and complication comparisons	THA recommended for selected patients; noted complications included increased dislocation rates.
5. Gausden et al. (2021) ³	Investigate failure reasons in THA for femoral neck fractures (FNF).	Retrospective review	Analyzed multiple approaches and implant types	Follow-up: 6-year	Revision and complication rates	Higher revision rates due to periprosthetic fractures and infection; stability issues noted but not predominant.
6. Stephens et al. (2021) ¹	Evaluate the stability and functional benefits of dual mobility THA for hip fracture.	Retrospective case-controlled study	Compared dual mobility (DM) THA and standard THA	Follow-up: minimum 12-month follow-up	Oxford Hip Score (OHS), dislocation rates	Functional equivalence with reduced dislocation rates in DM group; recommended further RCTs.
7. Hoskins et al. (2021) ¹³	Assess revision and disloca- tion rates among various THA prosthesis types.	Registry study (AOANJRR)	Standard-head, large-head, DM, constrained liner THA	Follow-up: 10 years	Cumulative revision rate, Kaplan-Meier survival	Large-head and DM prostheses had lower early dislocation rates; suggested large- head for lower dislocation risk.
8. Saxer et al. (2018) ⁸	Compare AMIS vs. lateral ap- proach in	Prospective RCT	Assessed early mobility and independence	Follow-up: 1-year	TUG test, FIM scores	AMIS approach improved early mobility; results

Author/ Year	Purpose	Study Design	Intervention Details (Timing/Dura- tion)	Post- Interven- tion Follow-Up	Outcome Measures	Key Findings/ Recommendations
	hemiarthro- plasty for FNFs.					affected by multiple patient factors.
9. Verbeek et al. (2018) ⁶	Evaluate long-term outcomes after acetabular fracture surgery.	Long-term follow-up study	Focused on operative fixation and its outcomes	Follow-up: mean 11.3 years	SMFA, SF-12	Native hips had superior outcomes; emphasized the importance of adequate reduction.
10. Bliemel et al. (2017) ⁹	Assess the impact of pre-existing conditions on outcomes in geriatric hip fracture patients.	Prospective single-center	Analyzed outcomes by pre-existing conditions	Follow-up: 1-year	Barthel Index, mortality	Neurological and renal conditions impacted outcomes most significantly.
11. Joestl et al. (2016) ¹⁰	Compare LCP fixation vs. revision prosthesis for periprosthetic femoral fractures.	Retrospective review	Compared surgical techniques	Not specified	Parker mobility score	LCP fixation effective for Vancouver B2 fractures; shorter surgical time noted.
12. Nich et al. (2016) ⁵	Assess whether DMCs reduce dislo- cation risk in THA for patients >75 years with femoral neck fractures.	Prospective study	Dual-mobility cups used in THA	Follow-up: 12-42 months	Dislocation rates, autonomy scores	Reduced dislocation rates with DMCs; beneficial for elderly with high instability risk.
13. Okoro et al. (2016) ¹⁴	To review rehabilitation programs improving post-THR function.	Systematic Review	PRT initiated < 1 month post- THR (center- based) or > 1 month (home-based); varied from 7	Not speci- fied	WOMAC	Early PRT programs recommended for better outcomes. High center-based costs noted.

Author/ Year	Purpose	Study Design	Intervention Details (Timing/Dura- tion)	Post- Interven- tion Follow-Up	Outcome Measures	Key Findings/ Recommendations
			days to 24 months			
14. Tar- antino et al. (2016) ⁷	Investigate sarcopenia's role in recovery post- hip fracture.	Observational study	Compared osteoporosis and osteoarthritis patients	Not specified	PASE test, muscle biopsy	Sarcopenia linked to decreased recovery; recommended increased physical activity.
15. Minns Lowe et al. (2015) ¹⁵	To evaluate the effectiveness of physiotherapy after discharge on function, ROM, QOL, and muscle strength post- THR.	Systematic Review (2007-2013)	Varied timing: soon after sur- gery, 2, 5, 8 weeks, and up to 12 months post-surgery; Duration: 3-4 months	Follow-up: 6, 12, 24 months	OHS, MAC- TAR, HHS, and other measures	Physiotherapy post- discharge showed benefits in strength and function; suggested need for long-term follow-up.
16. Magklara et al. (2014) ¹⁶	To investigate the role of self-efficacy in functional recovery and well-being in OA patients undergoing THR/TKR.	Systematic Review (up to 2013)	Self-efficacy impact assessed across 8 studies	Follow-up: up to 6 months	Walking speed, physical func- tion scores	Strong correlation between post-op self-efficacy and recovery; further research recommended.
17. Vissers et al. (2011) ¹⁷	To review the recovery of physical functioning post-THR with focus on perceived function, ability to complete tasks, and daily activities.	Systematic Review & Meta-Analysis (up to 2009)	31 studies analyzed, different timings of intervention	Not specified	SF-36-PF, WOMAC-PF, OHS	Improvement in perceived and functional capacity noted, suggesting follow-up for comprehensive assessment.

Author/ Year	Purpose	Study Design	Intervention Details (Timing/Dura- tion)	Post- Interven- tion Follow-Up	Outcome Measures	Key Findings/ Recommendations
18. Chudyk et al. (2009) ¹⁸	To synthesize the effectiveness of hip fracture rehabilitation in elderly patients.	Systematic Review (1980- 2007)	Rehabilitation categorized into 6 types: early rehab, OT/PT, care pathways, etc.	Follow-up: multiple follow-ups post- discharge	Ambulatory ability, reduced falls	Comprehensive programs improve outcomes but need theoretical frameworks for clarity.

Based on the findings in Table 1, which align with the study objectives, the following summary provides a comprehensive overview of factors, key success elements, limitations, commonly used measurement tools, and determinants crucial for improving THR outcomes in elderly patients.

1. Identify the factors influencing functional outcomes following total hip replacement (THR).

The studies highlighted several factors influencing functional outcomes post-THR:

1.1 Timing and Type of Intervention: As shown by Okoro et al. (2016)¹⁴ and Minns Lowe et al. (2015)¹⁵, early mobilization and physiotherapy were effective in improving muscle strength and functional outcomes.

1.2 Comorbidities and Pre-existing Conditions: Bliemel et al. (2017)⁹ found that conditions like neurological and renal impairments significantly impacted recovery.

1.3 Surgical Approach and Prosthesis

Type: Studies like Achudan et al. (2023)² and Saxer et al. (2018)⁸ compared different surgical techniques (AMIS vs. lateral approach) and types of prostheses (e.g., dual mobility cups) to identify their effects on mobility, dislocation rates, and autonomy.

2. Examine key success factors and limitations related to improving functional ability post-THR. Key success factors and limitations identified include:

2.1 Success Factors:

1) Self-efficacy and Motivation: Studies such as Magklara et al. (2014)¹⁶ and Tarantino et al. (2016)⁷ highlighted the significant impact of self-efficacy on recovery, showing that patients who possess higher levels of motivation and a positive mindset demonstrate faster and better recovery outcomes. Additional research³⁸ emphasized that self-motivation and patient insight play a crucial role in rehabilitation, with patients actively engaging in their recovery experiencing more favorable results, 2) Family

and Social Support: The importance of family involvement was underscored by studies such as Bliemel et al. (2017)⁹, which found that family support positively influences patient recovery. Enhanced family involvement, particularly when caregivers are informed and trained on post-surgical care and rehabilitation protocols, significantly improves functional outcomes in elderly patients^{9,12}, and 3) Optimal Rehabilitation Environment: An effectively adapted home environment, featuring appropriate furniture, accessibility modifications (e.g., bathroom aids), and a safe layout, is essential for preventing accidents and promoting functional improvements. Studies^{6,8} reinforced that a supportive home setting facilitates smoother rehabilitation and better overall recovery.

2.2 Limitations: 1) High Costs and Accessibility Issues: Okoro et al. (2016) highlighted that the significant expense associated with center-based rehabilitation programs poses a major barrier, restricting patient access to effective treatment. Economic and logistical challenges, particularly the high costs of these center-based programs, underscore the need for more accessible and cost-effective home-based rehabilitation solutions to support long-term patient care^{5,13}, 2) Physical Barriers: Physical pain and other physical limitations were identified in various studies as significant obstacles to achieving full recovery, impacting to pa-

tients' ability to engage fully in their rehabilitation programs, and 3) Psychological Constraints: Depression, anxiety, and the fear of falling are critical psychological barriers that contribute to self-imposed restrictions on activities. It leads to reduced participation in rehabilitation and negatively affects overall recovery, as emphasized in studies including Sharkey et al. (2022)⁴ and findings from other reviews⁷.

3. Identify commonly used measurement tools for assessing patient outcomes after THR. Commonly used measurement tools for assessing outcomes following total hip replacement (THR) included:

3.1 Functional Outcome Measures: The Oxford Hip Score (OHS), Harris Hip Score (HHS), and Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) were commonly employed to evaluate functional recovery. Additionally, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) was frequently used to assess joint pain and function, aiding in patient mobility and pain relief^{3,12,20}.

3.2 Physical Performance Tests: Mobility and functional independence were often measured using tests such as the Timed Up and Go (TUG) test, the 6-Minute Walk Test (6-MWT), and the Functional Independence Measure (FIM). These tools provided objective data on a patient's mobility and post-surgical recovery.

3.3 Psychological Assessment Tools:

The Mini-Mental State Exam (MMSE) was commonly cited for evaluating a cognitive function, while the Mental Component Summary (MCS) of the SF-36 was used to assess mental health^{7,20}.

3.4 Quality of Life Measures: Instruments like the SF-36 and EQ-5D were utilized to evaluate the overall quality of life and patient-reported outcomes, capturing the broader impact of THR on daily living and well-being^{8,11,20}.

4. Highlight key determinants, challenges, and implications for enhancing postoperative recovery in elderly patients.

The key determinants and challenges for enhancing recovery include:

4.1 Determinants: 1) Type of Implant and Surgical Technique: Dual mobility cups were found to reduce dislocation rates, as evidenced by studies from Stephens et al. (2021)¹ and Bertault-Le Gourriec et al. (2022)¹², highlighting their advantage for elderly patients, and 2) Rehabilitation Program Type: The comparison of home-based and center-based rehabilitation programs, as explored by Okoro et al. (2016)¹⁴, showed that flexible, patient-specific rehabilitation plans can improve recovery outcomes.

4.2 Challenges: 1) Patient-Specific Challenges: Age, comorbidities, and psychological resilience (as discussed by Nich et al., 2016⁵)

were significant barriers to recovery, emphasizing the need for personalized treatment approaches. Pre-existing health conditions, age, gender, and body mass index (BMI) were found to limit optimal recovery. Older patients with multiple comorbidities, particularly those involving neurological or cardiovascular issues, faced higher risks of complications and prolonged recovery²⁹, and 2) Economic and Social Barriers: Access to effective rehabilitation services was restricted by high costs and limited resource availability, as highlighted by Hoskins et al. (2021)¹³.

Discussion

This literature review provides significant insights into the factors influencing functional outcomes following total hip replacement (THR) in elderly patients. The results align with existing literature and reveal critical determinants of success and the challenges that must be addressed to improve patient recovery.

Factors Influencing Functional Outcomes: The review highlights that early mobilization and structured physiotherapy are pivotal in enhancing post-THR outcomes. Lowe et al. (2015)¹⁵ and Okoro et al. (2016)¹⁴ demonstrated that early, tailored interventions significantly improve muscle strength and functionality. Additionally, pre-existing conditions, such as neurological and renal impairments, as identified by Bliemel et al. (2017)⁹, were found to

Impact recovery negatively, reinforcing the necessity for comprehensive pre-operative assessments and personalized care plans. The comparison of surgical techniques and implant types, such as the AMIS approach and dual mobility cups, as seen in studies by Achudan et al. (2023)² and Saxer et al. (2018)⁸, further suggests that careful surgical planning can enhance post-operative autonomy and reduce dislocation rates.

Key Success Factors and Limitations: The importance of self-efficacy and patient motivation, highlighted by Magklara et al. (2014)¹⁶ and Tarantino et al. (2016)⁷, underscores the role of psychological preparedness in recovery. Patients with high levels of self-motivation showed better engagement and faster rehabilitation progress. Family and social support were also emphasized by Bliemel et al. (2017)⁹ as critical contributors to recovery, particularly when caregivers were educated on post-surgical care. However, significant barriers were identified, including economic limitations noted by Hoskins et al. (2021)¹³ and Okoro et al. (2016)¹⁴, which restrict access to adequate, center-based rehabilitation programs. Physical barriers, such as pain and mobility limitations, and psychological constraints, like anxiety and fear of falling, further complicate the recovery process^{4,7}.

Measurement Tools for Assessing

Outcomes: Consistent use of validated measurement tools is crucial for tracking patient progress post-THR. Common functional outcome measures included the Oxford Hip Score (OHS), Harris Hip Score (HHS), and the Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS). The WOMAC index was frequently used to evaluate joint pain and function^{3,17,19}. Physical performance was assessed using the Timed Up and Go (TUG) and the 6-Minute Walk Test (6-MWT), which provide objective data on mobility and functional independence. The Mini-Mental State Exam (MMSE) and the Mental Component Summary (MCS) of the SF-36 were regularly employed^{7,19} for cognitive and psychological evaluations. Quality of life was also assessed through instruments like the SF-36 and EQ-5D, highlighting the broader impacts of THR on daily living^{8,11,20}.

Determinants and Challenges: The review identified key determinants such as the type of implant and surgical technique used. Using dual mobility cups, supported by Stephens et al. (2021)¹ and Bertault-Le Gourriec et al. (2022)¹², demonstrated reduced dislocation rates, marking an advantage for elderly patients. The type of rehabilitation program, whether home-based or center-based, was another determinant, with flexible, patient-specific programs shown to enhance recovery¹⁴. However, patient-specific challenges, including age,

comorbidities, and psychological resilience, were significant barriers to recovery. Older patients with multiple comorbidities, particularly neurological or cardiovascular conditions, face higher risks and prolonged recovery periods²⁹. Economic and social barriers, as noted by Hoskins et al. (2021)¹³, further limit access to rehabilitation services, stressing the importance of developing cost-effective, home-based rehabilitation alternatives.

Implications for Practice and Future

Research: The findings emphasize the need for a multidisciplinary approach in post-THR care, integrating physical, psychological, and social support systems. Healthcare professionals should prioritize early intervention, motivate patient engagement, and educate caregivers to optimize recovery outcomes. Future research should focus on large-scale, randomized controlled trials to further explore the long-term efficacy of various surgical techniques and rehabilitation programs. Addressing economic and social barriers is essential to make rehabilitation accessible to all elderly patients.

Conclusion

Total hip replacement (THR) is a crucial surgical procedure for reducing pain and improving functional ability in elderly patients. This review identified key factors influencing recovery outcomes post-THR, emphasizing the importance of early mobilization, structured rehabilitation, and personalized care. Patient self-efficacy, family support, and a well-

adapted living environment were critical for optimal recovery. Using dual mobility prostheses reduced dislocation rates, particularly in high-risk patients, enhancing long-term functional outcomes. However, challenges such as comorbidities, psychological barriers, and limited access to comprehensive rehabilitation persist. Overcoming these challenges requires a multidisciplinary approach involving healthcare providers, family members, and community resources to support patient recovery effectively.

References

1. Stephens CE, Ashaye OJ, Ellenbogen TD, Sexton SA, Middleton RG. Dual Mobility hip replacement in hip fractures offer functional equivalence and a stability advantage - A case-controlled study. *Injury* 2021; 52(10): 3017-21. DOI: [10.1016/j.injury.2021.01.027](https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.01.027)
2. Achudan S, Fang C, Xiang NW, Decruz J, Kunnasegaran R. Comparing outcomes of total hip arthroplasty for displaced neck of femur fractures in elderly patients utilizing dual mobility cups and conventional implants: A single center retrospective study of 129 patients. *Indian J Orthop* 2023; 57(1): 62-70. DOI: [10.1007/s43465-022-00759-5](https://doi.org/10.1007/s43465-022-00759-5)

3. Gausden EB, Cross WW, Mabry TM, Pagnano MW, Berry DJ, Abdel MP. Total hip arthroplasty for femoral neck fracture: What are the contemporary reasons for failure? *J Arthroplasty* 2021; 36(7): S272-S276. DOI: [10.1016/j.arth.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.02.008)
4. Sharkey S, Pickles E, Palan J. The role of hip arthroplasty in management of the hip fracture patient. *Orthopaedics and Trauma* 2022; 36(1): 30-6. <https://doi.org/10.1016/j.mporth.2021.11.005>
5. Nich C, Vandenbussche E, Augereau B, Sadaka J. Do dual-mobility cups reduce the risk of dislocation in total hip arthroplasty for fractured neck of femur in patients aged older than 75 years? *J Arthroplasty* 2016; 31(6): 1256-60. DOI: [10.1016/j.arth.2015.11.041](https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.11.041)
6. Verbeek DO, van der List JP, Tissue CM, Helfet DL. Long-term patient reported outcomes following acetabular fracture fixation. *Injury* 2018; 49(6): 1131-6. DOI: [10.1016/j.injury.2018.04.031](https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.04.031)
7. Tarantino U, Baldi J, Scimeca M, Piccirilli E, Piccioli A, Bonanno E, Gasbarra E. The role of sarcopenia with and without fracture. *Injury* 2016; 47(Suppl 3): S3-10. DOI: [10.1016/j.injury.2016.07.057](https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.07.057)
8. Saxer F, Studer P, Jakob M, Suhm N, Rosenthal R, Dell-Kuster S, Vach W, Bless N. Minimally invasive anterior muscle-sparing versus a transgluteal approach for hemiarthroplasty in femoral neck fractures—a prospective randomised controlled trial including 190 elderly patients. *BMC Geriatr* 2018; 18: 1-5. DOI: [10.1186/s12877-018-0898-9](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0898-9)
9. Bliemel C, Buecking B, Oberkircher L, Knobe M, Ruchholtz S, Eschbach D. The impact of pre-existing conditions on functional outcome and mortality in geriatric hip fracture patients. *Int Orthop* 2017; 41: 1995-2000. DOI: [10.1007/s00264-017-3591-2](https://doi.org/10.1007/s00264-017-3591-2)
10. Joestl J, Hofbauer M, Lang N, Tiefenboeck T, Hajdu S. Locking compression plate versus revision-prosthesis for Vancouver type B2 periprosthetic femoral fractures after total hip arthroplasty. *Injury* 2016; 47(4): 939-43. DOI: [10.1016/j.injury.2016.01.036](https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.01.036)
11. Koudouna S, Evangelopoulos DS, Sarantis M, Chronopoulos E, Dontas IA, Pneumáticos S. The effect of postoperative physical therapy following hip fracture: a literature review. *Cureus* 2023; 15(4): e37676. DOI: [10.7759/cureus.37676](https://doi.org/10.7759/cureus.37676)

12. Bertault-Le Gourrierc J, Cavaignac E, Berard E, Moretti F, Marot V, Chiron P, Reina N. Comparative study of total hip arthroplasties with dual mobility cups versus hemiarthroplasties in management of femoral neck fractures: survival and dislocation rate at 5 years of follow-up. *Orthop Traumatol Surg Res* 2022; 108(1): 103098.

DOI: [10.1016/j.otsr.2021.103098](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.103098)

13. Hoskins W, Griffin X, Hatton A, Steiger R, Bingham R. THA for a fractured femoral neck: comparing the results of standard, large head, dual mobility, and constrained liners. *Clin Orthop Relat Res* 2020; 479(1): 72-81.

DOI: [10.1097/CORR.0000000000001447](https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000001447)

14. Okoro T, Whitaker R, Gardner A, Maddison P, Andrew JG, Lemmey A. Does an early home-based progressive resistance training program improve function following total hip replacement? Results of a randomized controlled study. *BMC Musculoskelet Disord* 2016; 17: 1-9. DOI: [10.1186/s12891-016-1023-x](https://doi.org/10.1186/s12891-016-1023-x)

15. Lowe CJ, Davies L, Sackley CM, Barker KL. Effectiveness of land-based physiotherapy exercise following hospital discharge after hip arthroplasty for osteoarthritis: an updated systematic review. *Physiotherapy* 2015; 101(3): 252-65.

DOI: [10.1016/j.physio.2014.12.003](https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.12.003)

16. Magklara E, Burton CR, Morrison V. Does self-efficacy influence recovery and well-being in osteoarthritis patients undergoing joint replacement? A systematic review. *Clin Rehabil* 2014; 28(9): 835-46.

DOI: [10.1177/0269215514527843](https://doi.org/10.1177/0269215514527843)

17. Vissers MM, Bussmann JB, Verhaar JA, Arends LR, Furlan AD, Reijman M. Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: systematic review and meta-analysis of the literature. *Phys Ther* 2011; 91(5): 615-29. DOI: [10.2522/ptj.20100201](https://doi.org/10.2522/ptj.20100201)

18. Chudyk AM, Jutai JW, Petrella RJ, Speechley M. Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90(2): 246-62.

DOI: [10.1016/j.apmr.2008.06.036](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.06.036)

19. Liu HY, Yang CT, Cheng HS, Wu CC, Chen CY, Shyu YI. Family caregivers' mental health is associated with postoperative recovery of elderly patients with hip fracture: A sample in Taiwan. *J Psychosom Res* 2015; 78(5): 452-8. DOI: [10.1016/j.jpsy-chores.2015.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chores.2015.02.002)
20. Vincent KR, Vincent HK, Lee LW, Weng J, Alfano AP. Outcomes after inpatient rehabilitation of primary and revision total hip arthroplasty. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87(8): 1026-32. DOI: [10.1016/j.apmr.2006.04.015](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.04.015)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพจนานุกรมสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดลอม

เรื่องที่ตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์** ในวารสารฉบับอื่น บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนเนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ

4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้

4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีได้รับ

4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน ระบบ **Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจสอบก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal artical****ผู้แต่ง 1 คน**

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book**ผู้แต่ง 1 คน**

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว และทางวารสารไม่มีนโยบายตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท

ชำระเงินค่าธรรมเนียม

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

☐ ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

.....

.....

E-mail address:

โทรศัพท์ โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว