



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 2985-2463 (Online)

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol. 36 No. 1 January - June 2025



รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่า จันทบุรี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเสี่ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการต่อการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ
- ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับชั่งจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก
- การพัฒนาวัฒนธรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลคนไข้ในท่อน้ำเหลืองในเด็กต่อความมั่นใจและทักษะในการดูแลคนไข้ของนักศึกษาพยาบาล
- ประสิทธิภาพการจัดการอาหารและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน
- ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นวัตกรรมอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดกำแพงหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
- ปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุที่ทำงานการส่งเสริมความผูกพันและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน
- ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด
- ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol
- ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- ผลของการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (4Cs) ในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันบอดอักษะจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

บทความวิชาการ

- แนวคิดทางพระพุทธศาสนากับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

บทความพิเศษ

- บทเส้นทางความเป็นมาเรื่อง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol. 36 No. 1 January - June 2025

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุมพรารณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ผศ. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคนิสร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ ชื่นม อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. รศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 8. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | นักวิชาการอิสระ (เกษียณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ผศ. ดร.ทองสวย สีทนนท์ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |
| 2. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญาณี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

- ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
- ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม
(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนอย่างน้อย 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัย และบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 2. ผศ. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 3. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 4. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 5. รศ. ดร.ปรารถนา สติชัยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอู่ฮั่น
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นักวิชาการอิสระ
นักวิชาการอิสระ
นักวิชาการอิสระ
นักวิชาการอิสระ |
| 7. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | |
| 8. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์ | |
| 9. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | |
| 10. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | |
| 11. รศ. ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ | |
| 12. รศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล | |
| 13. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | |
| 14. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | |
| 15. ผศ. ดร.ธัมม นามวงษ์ | |
| 16. ผศ. ดร.มธุรดา บรรจงการ | |
| 17. ผศ. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | |
| 18. ผศ. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอำ | |
| 19. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | |
| 20. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ | |
| 21. ผศ. ดร.ปราณี ชีรโสภณ | |
| 22. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | |
| 23. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ | |
| 24. ดร.วิรัชพัชร สกุลสันติพร เสดล์ | |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol. 36 No. 1 January - June 2025

หน้า

รายงานการวิจัย

- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่า จันทบุรี จังหวัดกำแพงเพชร 1
จรงค์ เพ็งชัย คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อ
การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก 16
ชาลา บัวหอม บังอร ศุภวิทพัฒนา พรรณพิไล ศรีอาภรณ์
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการต่อการปฏิบัติ
ความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ 32
ณัฐนิชา วาริสมาน วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล อนันต์ วิสุทธิ์ธนานนท์
- ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน 44
ศัลยา วสุธาดา อรภิษา บรรเทาวงษ์ มธุรดา บรรจงการ
ราตรี อร่ามศิลป์ รัชณี แสงมาลา
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัย
เชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน 56
สุวรรณา หมูจูน จุฑามาศ โชติบาง พัชรี วรกิจพูนผล
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่
รถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 68
ในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก
กรกฎ อ่อนคำ ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ
- การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลคนไข้ในท่อน้ำนมในเด็ก
ต่อความมั่นใจและทักษะในการดูแลคนไข้ของนักศึกษาพยาบาล 84
สุภา คำมะฤทธิ์ จริญญาพร วรณโชติ ปัทมา บุญช่วยเหลือ
- ประสพการณ์การจัดการอาหารและการแสวงหาบริการสุขภาพของ 99
หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน
ปวีณา ติวาสีพงศ์ พชรินทร์ พูลทวี ตรีคุณวงศ์ ฤชา
วิชชากรณ์ คัดสำโรง

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol. 36 No. 1 January - June 2025

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|--|------|
| • ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่ยี่ห้อเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
หนึ่งฤดี นิ่มนุช จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ | 115 |
| • ปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุที่ทำนุบำรุงส่งเสริม ความผูกพันและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน
วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย | 130 |
| • ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์
เชาวลิต กุดวงศ์แก้ว มยุรี สี่ทองอิน | 146 |
| • ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด
นิรากร ศรีพรหมมา เนงศ์คราญ วิเศษกุล เนงเยาว์ เกษตรภิบาล | 162 |
| • ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol
สุกัญญา ชันวิเศษ ยศพล เหลืองโสมนภา ชวนชม เพ็ชรพันธ์ไพศาล
พกามาศ พิมพธาราส | 177 |
| • ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาต่อ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภาภิกณี เดชชัยยศ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
สาริตรี วงศ์อินจันทร์ | 192 |
| • ผลของการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทาง คลินิกต่อการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรม (4Cs) ในการเขียนข้อวินิจฉัยและ การวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล
รุ่งนภา เขียวชะอำ อรรณณ ดวงใจ สุกัญญา ชันวิเศษ
พกามาศ พิมพธาราส | 209 |
| • ผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำและ ภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
ศุภชัย โหม่งปราณิต ชนภพร จิตปัญญา | 226 |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol. 36 No. 1 January - June 2025

ส
า
ร
บ
ญ

- | | หน้า |
|--|------|
| • ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล ฝกามาศ พิมพ์ธราธา ยศพล เหลืองโสมนภา
สุกัญญา ชันวิเศษ | 238 |
| • ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่
ธนกร แสงสุริยาภาศ หรรษา เศรษฐบุปผา ภัทราภรณ์ ภทรสกุล | 252 |
| • ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
ในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
ฐิติมา เกษสิมมา ณรงค์ราญ วิเศษกุล ณงเยาว์ เกษตรภิบาล | 264 |
| • ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากร
ทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่
จังหวัดลำปาง
วัชรภรณ์ พิศปิงคำ สีนินาฏ ชาวตระกูล อักษรา ทองประชุม | 281 |
| บทความวิชาการ | |
| • แนวคิดทางพระพุทธศาสนากับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
รุ่งนภา เขียวชะอำ | 299 |
| บทความพิเศษ | |
| • บนเส้นทางความเป็นมะเร็ง
อัญญา | 308 |

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน รวมทั้งรายงานการวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนากับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ที่พบบนเส้นทางการเป็นมะเร็ง ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากนักน้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร *

Factors Affecting Health Behaviors on 3 Aor 2 Sor 1 Yor among Type 2 Diabetic Patients in Khanu Woraluksaburi District, Kamphangphet Province *

จรงัก เพ็งชัย, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ¹

Jongrak Pengchai, M.P.H. (Public Health) ¹

คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, Ph.D. (Medical Science) ²

Sunsanee Mekrungrongwong, Ph.D. (Medical Science) ²

Received: March 16, 2025

Revised: May 23, 2025

Accepted: June 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 400 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .71-.79 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย มีค่าความเชื่อมั่น .72 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหำบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: foamjongrak05@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.77, SD = .48$) เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 21.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .216, p < .001$) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($Beta = .304, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย

Abstract

This predictive correlational research aimed to study health behaviors on 3 aor 2 sor 1 yor and factors affecting health behaviors on 3 aor 2 sor 1 yor among type 2 diabetic patients. The samples consisted of 400 type 2 diabetic patients in Khanu Woraluksaburi District, Kamphangphet Province. The research instruments included a demographic questionnaire, an attitude towards health behavior on 3 aor 2 sor 1 yor assessment form with a reliability of .77, a health literacy assessment form with reliabilities in the range of .71–.79, a social support questionnaire with a reliability of .87, and a health behavior on 3 aor 2 sor 1 yor questionnaire with a reliability of .72. Data were collected from September to December 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the overall mean score of health behaviors on 3 aor 2 sor 1 yor among type 2 diabetic patients was at a high level ($M = 3.77, SD = .48$). Gender, age, attitudes towards health behavior on 3 aor 2 sor 1 yor, health literacy, and social support could statistically significantly predict the health behaviors on 3 aor 2 sor 1 yor among type 2 diabetic patients at 21.60% ($R^2 = .216, p < .001$). The most predictive factor was health literacy ($Beta = .304, p < .001$).

This research suggests that healthcare providers should perform various activities enhancing health literacy for type 2 diabetic patients, encourage family participation, and promote attitudes towards health behavior on 3 or 2 or 1 year. This will help the patients increase their health behaviors on 3 or 2 or 1 year.

Keywords: Type 2 diabetic patients, Health behaviors on 3 or 2 or 1 year

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานปัจจุบันพบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 589 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (International Diabetes Federation, 2025) ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 6.50 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าตนเองป่วย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) ซึ่งการควบคุมโรคเบาหวานไม่ให้มีอาการรุนแรงขึ้นทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ต่ำกว่า 7% (American Diabetes Association, 2023) หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับประสบการณ์ทางลบที่รุนแรง จนต้องสูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโอกาสเป็นภาวะแทรกซ้อน และสูญเสียชีวิตได้ (อารยา เชียงทอง, พัชรี ดวงจันทร์, และ อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) และหากมีโรคร่วม มีความซับซ้อนหรือมีความรุนแรงของโรคมักขึ้นจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (กิตติยา ชูโชติ และ นิลวรรณ อยู่ภักดี, 2561) โดยประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคเบาหวานเฉลี่ยต่อปีสูงเป็นอันดับ 3 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น 47,596 ล้านบาทต่อปีต่อประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ, 2562)

จังหวัดกำแพงเพชรมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนสถานการณ์ในระดับอำเภอพบว่า อำเภอขามเฒ่าวรราชบุรีมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [Health Data Center], 2565) และแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในระดับอำเภอ 5 ปีย้อนหลัง (ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565) ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นอัตราป่วย 3,918.42, 3,982.67, 4,230.69, 4,526.28 และ 4,651.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 39.72 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 40 ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ร้อยละ 3.17 และ 2.54 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 2 และยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งทางตา ไต และเท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางตาที่พบผู้ป่วยมากที่สุดของจังหวัดกำแพงเพชรตลอดจนทำให้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของอำเภอขามเฒ่าวรราชบุรี (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2566) แสดงให้เห็นว่า ในระดับพื้นที่ยังพบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และรับประทานยา)

ที่ไม่เหมาะสม มีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง ดังนั้นควรมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส (ภฤดา แสงสินสร, 2564) อาชีพ (เอกชัย ชัยยาทา, 2560) ระยะเวลาที่ป่วย (อภิญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, และ ปรีศนา รดิสดา, 2559) ระดับการศึกษา (ขวัญฤทัย พันธุ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2559) ระดับน้ำตาลในเลือด (อัศนี วันชัย, ภาวดี โตทำโรง, และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2563) รอบเอว (พนิน พิกฤษา, 2564) และประสบการณ์ทางลบที่รุนแรง (อารยา เชียงของ และคณะ, 2560) 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เปลี่ยนแปลงได้ทั้งแง่บวกและแง่ลบ ได้แก่ ทักษะคิด (ดุญฎี จันทบุษย์, นงนุช โอปะ, และวิรัช ศิริกุลเสถียร, 2560) 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นทักษะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) (ยวิษฐา สุขาวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, และทวีศักดิ์ กลสิผล, 2564) และ 4) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (อัจฉา เจศรีชัย, 2563) เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว (ชาตรี แมตลี และศิริไฉน วนรัตน์วิจิตร, 2564; Diriba, Bekuma, & Bobo, 2020) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ชญญากัก คงทน, 2560)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าวิทยานิคมที่ยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าวิทยานิคม จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าวิทยานิคม จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย

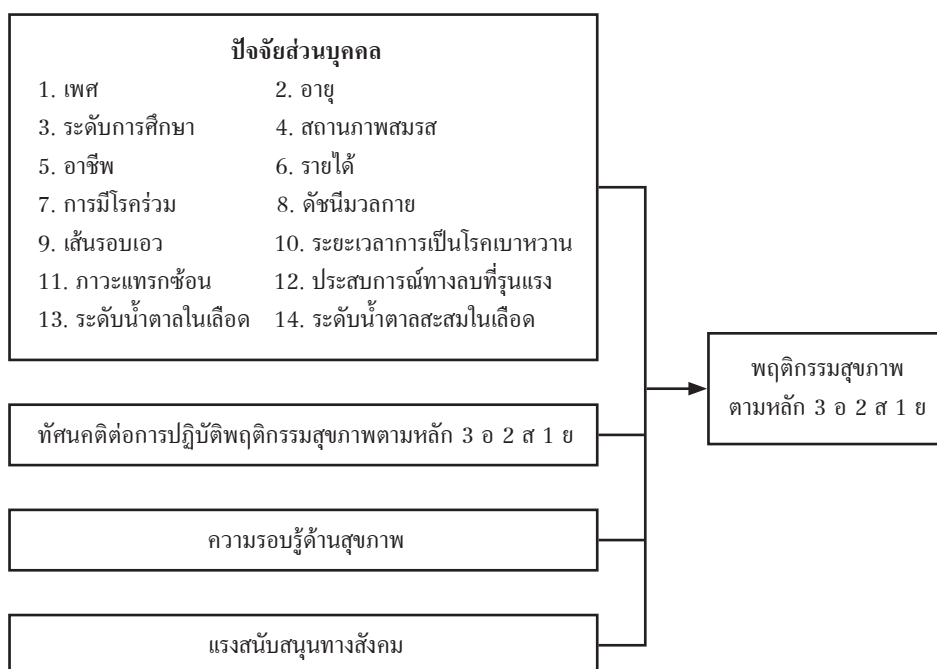
ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคร่วม ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน ประสบการณ์ทางลบที่รุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) ทักษะคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าวิทยานิคม จังหวัดกำแพงเพชร ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งที่เปลี่ยนแปลงได้และเปลี่ยนแปลงไม่ได้ 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เปลี่ยนแปลงได้ทั้งแง่บวกและแง่ลบ คือ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นทักษะเฉพาะบุคคล สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้จากการเรียนรู้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) ที่แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ ทั้งนี้ กองสุภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวออกเป็น

6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ด้านความรู้ ความเข้าใจ (3) ด้านการสื่อสาร (4) ด้านการจัดการตนเอง (5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ (6) ด้านการตัดสินใจ และ 4) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพบว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข ในขณะที่

กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยขึ้นทะเบียนและมารับบริการในสถานบริการของรัฐ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดกำแพงเพชร

จำนวน 5,136 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) การรับรู้สติสัมปชัญญะดี และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 3) พูดคุยสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนด

ขนาดตัวอย่างโดยใช้แอปพลิเคชัน n4studies ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากรแทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .07 (จากการศึกษาของดุษฎี จันทร์บุษย์ และคณะ [2560]) ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าเท่ากับ ร้อยละ 10 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 358 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน โดยเลือกตำบล 3 ตำบล (จากจำนวน 11 ตำบล) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ตามสัดส่วนของประชากร โดยเรียงลำดับเลขการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 13 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 3

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคร่วม ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน ประสบการณ์ทางลบที่รุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของทัชชญา นิธิบุญญกร (2558) และนพดล คำภีโร (2559) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก จำนวน 3 ข้อ และคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2561 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (เชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นิละไพจิตร, 2558) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน รวมจำนวน 37 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก จำนวน 3 ข้อ และคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่เป็นจริง จำนวน 6 ข้อ และคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม 3) ทักษะการสื่อสารตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ และคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของคำถามทางบวก ได้แก่

ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม 4) ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง 5) การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จากคะแนน 1-4 ได้แก่ 1 คะแนน สำหรับการตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น 2 คะแนน สำหรับการตัดสินใจที่ถูกต้องบางเรื่องโดยให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองเท่านั้น 3 คะแนน สำหรับการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองเท่านั้น และ 4 คะแนน สำหรับการตัดสินใจที่ดีและถูกต้องที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ (25-78 คะแนน) ในระดับพอใช้ได้ (79-104 คะแนน) และในระดับดีมาก (105-131 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการ

ออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 3 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ และด้านการดื่มสุรา จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 5 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติทุกวัน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย (3 คน) และบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .80-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพุทรา อำเภอกลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพฯ ในส่วนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ

พฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ด้วยวิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (ที่เหลืออีก 5 ส่วน) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมฯ และแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า เท่ากับ .77, .79, .87 และ .72 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสาร รับรอง เลขที่ COA No. 0151/2022 และ IRB No. P1-0020/2565 วันที่ 3 พฤษภาคม 2565) ผู้วิจัยจึง เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากสาธารณสุขอำเภอชาณุวรลักษบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ ชาณุวรลักษบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียม ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นเครือข่ายแกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรม จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตำบลละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบาย รายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน จากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.75 มีอายุมากกว่าหรือ เท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 63.10 ปี ($SD = 10.24$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.25 มีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.25 มีรายได้ไม่เพียงพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.50 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 86 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.² (โรคอ้วน และอ้วนอันตราย) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.50 เส้นรอบเอวในเพศชาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 55.55 เส้นรอบเอวในเพศหญิง มากกว่า 80 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 75.62 ระยะเวลาการเป็น โรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.11 ปี ($SD = 4.71$) มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 22.75 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ทางลบที่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 93.75 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 50.25 และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% คิดเป็นร้อยละ 58

2. ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีทัศนคติ

ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.25 และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับปานกลาง ($M = 3.56, SD = .38$)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 66.50 เมื่อจำแนกเป็นรายส่วน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับพอใช้ได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.75 มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับดีมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีทักษะการสื่อสารตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับพอใช้ได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับดีมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.75 มีการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับไม่ดีพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 และส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 64.50

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($M = 3.69, SD = .72$)

5. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70

และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.77, SD = .48$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 ($M = 2.56, SD = .99$) ด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.50 ($M = 3.24, SD = .77$) ด้านการจัดการอารมณ์ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ($M = 3.29, SD = .89$) ด้านการรับประทานยาในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 ($M = 3.74, SD = .39$) ด้านการสูบบุหรี่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81 ($M = 4.46, SD = 1.12$) และด้านการดื่มสุราในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.50 ($M = 4.43, SD = 1.16$)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เพศ อายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 21.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .216, p < .001$) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด (Beta = .304, $p < .001$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .168, $p < .01$) ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย (Beta = .165, $p < .01$) เพศ (Beta = .111, $p < .05$) และอายุ (Beta = .106, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 400)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.456	.070	.304	6.487	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.119	.031	.168	3.495	.001
ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย	.220	.063	.165	3.500	.001
เพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง = เพศชาย)	.124	.050	.111	2.464	.014
อายุ	.005	.002	.106	2.323	.021

Constant = 1.079, R = .464, R² = .216, adj. R² = .206, F = 21.658, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย โดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 70) และมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย โดยรวมในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.75) ซึ่งมีความสนใจและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย (วรรณภากรณ์ จงกลาง และนงนุชา ทิพย์แก้ว ปัตนาสาร, 2564) และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.11 ปี จึงยังมีความสนใจในการค้นหาความรู้และกระตือรือร้น ในการฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด อีกทั้งส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 86) ทำให้ต้องสนใจและใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ดังการศึกษา ที่พบว่า การมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเรียกได้ว่ามีโรคร่วมจะมากขึ้น ด้วยเช่นกัน ทำให้ต้องพยายามค้นหาความรู้และใส่ใจดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ, 2564) นอกจากนี้ บริบท

พื้นที่ที่ศึกษามีการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกเดือน มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทราบสถานะสุขภาพตนเอง และมีแพทย์ลงพื้นที่ตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย ประกอบกับ ได้รับการใส่ใจ ดูแลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉา เจริญชัย (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก เนื่องจากมีการเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ทัศนคติต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 21.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 66.50) แต่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะแสดงถึงความรู้พื้นฐานของการอ่านและการเขียนข้อความง่าย ๆ เพื่อใช้ปฏิบัติภารกิจพื้นฐานต่างๆ (Nutbeam, 2009) โดยการใช้ปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย เป็นการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 มีความสามารถพื้นฐานในการอ่านและทำความเข้าใจเนื้อหา แม้ว่าผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่สามารถทำความเข้าใจทั้งหมดได้ แต่ผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายและการสนับสนุนข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัว ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดี ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอาจเกิดจากการได้รับคำบอกเล่าหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่น แม้ว่าจะไม่ทราบเหตุผลและไม่เข้าใจทั้งหมดแต่ก็ปฏิบัติตาม (ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรรัตน์ ทิพย์รัตน์, 2562) ดังนั้นการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถแสวงหาความรู้ อ่านข้อมูล ทำความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และนำข้อมูลมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มากขึ้นจะทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chahardah-Cherik, Gheibizadeh, Jahani, and Cheraghian (2018) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการประเมินตนเองหรือการสนับสนุนให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรัช ภูมิพงษ์ (2561) ที่พบว่า การได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทักษะคิดเป็นการแสดงออกทางความคิดต่อสิ่งต่างๆ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ (ดุยภูมิ จันทนุศย์ และคณะ, 2560) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.11 ปี ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้และได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นประจำ และเป็นเวลานานพอสมควร อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ที่ดีเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานกว่า 10 ปี จะมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเบาหวาน (Alaofè, Hounkpatin, Djrolo, Ehiri, & Rosales, 2021) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดุยภูมิ จันทนุศย์ และคณะ (2560) ที่พบว่า ทักษะคิดต่อโรคเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของภฤดา แสงสินศรี (2564) ที่พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า เพศสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เพศหญิงมีความสนใจและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย (วรรณภรณ์ จงกลาง และนาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัดชาสุวรรณ, 2564) เช่น การดูแลตนเองด้านอาหาร โดยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงน้อยกว่าเพศชาย (ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์ และสุวลี โลวีกรณ์, 2563)

หรือการดูแลตนเองด้านการสูบบุหรี่ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย (Hu, Liu, Wu, & Fang, 2022) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, และฐานุช ถิ่นสอน (2564) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hu et al. (2022) ที่พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 63.50) ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีประสบการณ์ชีวิตมาก ได้รับการสอนหรือให้ความรู้บ่อยครั้ง (อภิญา บ้านกลาง และคณะ, 2559) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ การคิด และการตัดสินใจที่ดี สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ได้อย่างดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมด้านสุขภาพจากบุคคลรอบข้างในการช่วยดูแลและกระตุ้น ทำให้สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ได้อย่างดี ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เพราะมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา และกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (สุปรียา เสียงดัง, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภฤดา แสงสินศรี (2564) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิกา พูเพื่อง และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ (2562) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ที่ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc&news_views=139
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561*. สืบค้นจาก <https://www.scribd.com/document/406967113/220120180914085828-linkhed-pdf>
- กิตติยา ชูโชติ, และนิลวรรณ อยู่ภักดี. (2561). การใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการจัดกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกเพื่อการจ่ายเงินที่โรงพยาบาลบางบัวทอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 645-656.

- ขวัญฤทัย พันธู, และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 22(1), 93-107.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, และนริมาลย์ นิลไพจิตร. (2558). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/news/5522>
- ชัยัญญากัก คงทน. (2560). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบ้านกลาง อำเภอมือ จังหวัดพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 25(1), 24-35.
- ชาตรี แมตส์, และศิริไลซ์ วรรัตน์วิจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 13(1), 238-250.
- คุณจิ๋ จันทนุศย์, นงนุช โอบะ, และวิรัช ศิริกุลเสถียร. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(1), 1-15.
- ทนนี พิภักษา. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 1(1), 1-17.
- ทักษัญญา นิธิบุญนกร. (2558). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอมือ จังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นพดล คำภีร์. (2559). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประไพพิศ สิงห์เสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรรัตน์ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 11(1), 37-51.
- ภฤดา แสงสินศรี. (2564). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 2(2), 43-54.
- ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์, และสุวิไล โลวิกรณ์. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มาใช้บริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(1), 22-32.
- ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, และทวีศักดิ์ กสิผล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 11(1), 52-65.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2564). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- วรรณภากรณ จงกลาง, และนาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 71–82.
- วรรณิกา พูเฟื่อง, และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย ประเทศไทย. *เขียงรายเวชสาร*, 11(2), 42–51.
- สกวานตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, และรฐาณู ถิ่นสอน. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 376–386.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์. (2562). *อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Update in Diabetes and Insulin Therapy ครั้งที่ 2*. สืบค้นจาก <https://siamrath.co.th/n/113601>
- สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191–204.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 101–107.
- อภิญญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, และปริศนา รตีสิดา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(1), 85–95.
- อจนา เจริญชัย. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(1), 24–34.
- อศนี วันชัย, ภาวดี โตทำโรง, และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2563). ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 69–81.
- อารยา เขียงของ, พชรี ดวงจันทร์, และอังสินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่: ประสิทธิภาพของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 162–178.
- เอกชัย ชัยยาพา. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- American Diabetes Association. (2023). *Understanding A1C: What is the A1C test?* Retrieved from <https://diabetes.org/about-diabetes/a1c>
- Alaofè, H., Hounkpatin, W. A., Djrolo, F., Ehiri, J., & Rosales, C. (2021). Knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with type 2 diabetes in Cotonou, Southern Benin. *BMC Public Health*, 21(1), 339. doi:10.1186/s12889-021-10289-8
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2018). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 65–75. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29344537/>
- Diriba, D. C., Bekuma, T. T., & Bobo, F. T. (2020). Predictors of self-management practices among diabetic patients attending hospitals in western Oromia, Ethiopia. *PLoS One*, 15(5), e0232524. doi:10.1371/journal.pone.0232524
- Hu, Y., Liu, H., Wu, J., & Fang, G. (2022). Factors influencing self-care behaviours of patients with type 2 diabetes in China based on the health belief model: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(8), e044369. doi:10.1136/bmjopen-2020-044369
- International Diabetes Federation. (2025). *Diabetes around the world in 2024*. Retrieved from <https://diabetesatlas.org/>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303–305. doi:10.1007/s00038-009-0050-x

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก*

Effects of the Self-efficacy Enhancement Program via Electronic Media on Breastfeeding among First-time Mothers Undergoing Cesarean Section*

ชวาลา บัวหอม, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Chawala Buahom, M.N.S. (Midwifery)¹

บังอร สุภวิทิตพัฒนา, ปร.ด. (การพยาบาล)²

พรรณพิไล ศรีอารณ, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)²

Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 21, 2025

Revised: April 7, 2025

Accepted: June 3, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแบบย่อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีค่าความเชื่อมั่น 1 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: bungorns@gmail.com

³ ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Clinical Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.402, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ในหอผู้ป่วยหลังคลอดควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์นี้ ไปประยุกต์ใช้กับมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
มารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of the self-efficacy enhancement program via electronic media on breastfeeding among first-time mothers undergoing cesarean section. The participants were 44 first-time mothers undergoing cesarean section admitted into the postpartum ward at Nakhon Phanom Hospital. They were equally divided into an experimental group ($n = 22$) and a control group ($n = 22$). The research instruments consisted of the self-efficacy enhancement program via electronic media, the telephone collaboration with LINE application follow-up record form, the Breastfeeding Self-efficacy Scale short-form Thai Version, the personal data record form, and the breastfeeding questionnaire with a reliability of 1. The implementation and data collection were conducted from March to September 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, median, interquartile range, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and Chi-square test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher exclusive breastfeeding rates than the control group ($\chi^2 = 9.402, p < .01$).

This research suggests that nurse-midwives in postpartum wards should apply this self-efficacy enhancement program via electronic media among first-time mothers undergoing cesarean section. This will help increase the exclusive breastfeeding rates.

Keywords: Self-efficacy enhancement, Electronic media, Breastfeeding,
First-time mothers undergoing cesarean section

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดคลอด (cesarean section) หมายถึง การทำคลอดทารกโดยผ่านทางรอยผ่าที่ผนังหน้าท้อง และผนังมดลูก การผ่าตัดคลอดมีอัตราสูงขึ้นทั้งในและต่างประเทศ โดยในปี ค.ศ. 2019 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 31.70 (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) สำหรับ ประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 34.50 (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey [Thailand MICS], 2019) ในขณะที่ปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของรัฐอยู่ในช่วงร้อยละ 30–50 และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (การุณ เก่งสกุล, 2562) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 38.20 (Thailand MICS, 2019) โดยรายงานสถิติการคลอดของโรงพยาบาลนครพนมในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 พบอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 38.30, 35.70 และ 39.30 ตามลำดับ (แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม, 2564) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่ มาจากความกลัวการคลอด ทักษะคิดต่อการคลอด และการรับรู้ความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (กนกวรรณ เขียวมนตรี, โสเพ็ญ ชูนวน, และศศิกันต์ กาละ, 2564)

การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อที่มดลูกหรือแผลผ่าตัด ทารกอาจได้รับอันตรายจากการผ่าตัดคลอด มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้เกิดการบอบซ้ำของเนื้อเยื่อ มีการสูญเสียเลือด และส่งผลให้มารดาเกิดความเจ็บปวด โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ การได้รับยาระงับความรู้สึกยังมีผลรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ (ปริญญ ชัยกองเกียรติ, ภาชีนา บุญลาภ, และอาภาภรณ์

หาญณรงค์, 2563) ทำให้มารดารู้สึกอ่อนเพลีย อาจกล่าวได้ว่า ทั้งการผ่าตัดคลอดและยาระงับความรู้สึกส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะเริ่มให้นมบุตรช้าเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างจำกัด ทำให้อุ้งมดลูกเข้าเต้านมไม่ถนัด (นพรัตน์ ธารณะ, 2564; Babazade et al., 2020) นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมักมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อสังเกตอาการที่แผนกทารกแรกเกิดป่วย หรือแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต ส่งผลให้การเข้าเต้าล่าช้า มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นให้สร้างน้ำนม จึงทำให้น้ำนมไหลช้าหรือน้ำนมไม่ไหลได้ (ณัฏยา อ่อนผิว, วาทีณี ชุณหปราณ, และเจนจิรา คัมภักษ์, 2564) มารดาที่ผ่าตัดคลอดจึงมีความเสี่ยงสูงต่อความล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (exclusive breastfeeding) คือ การที่มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน โดยไม่ให้นมผสม น้ำ หรืออาหารเสริมอื่น ยกเว้นวิตามิน เกลือแร่ และยา ในกรณีที่มิชอบบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์หลายประการต่อบุตรเนื่องจากในน้ำนมมารดามีสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อการเจริญเติบโต ทำให้นบุตรมีเชาวน์ปัญญาที่ดี ลดโอกาสเกิดโรคอ้วนและโรคเบาหวาน (World Health Organization [WHO], 2021) ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2563; Lawrence & Lawrence, 2015) และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและระบบทางเดินอาหาร (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2019) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งโดยเฉพาะในกรณีที่ผ่าตัดคลอดซึ่งบุตรมักมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจและการสร้างภูมิคุ้มกัน และทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย (ภิเศก ลุมพิกานนท์, 2564) นอกจากนี้ องค์ประกอบในน้ำนมมารดายังมีบทบาทต่อพัฒนาการของสมอง รวมถึง

พฤติกรรมของบุตรด้วย (Di Benedetto, Bottanelli, Cattaneo, Pariante, & Borsini, 2020)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้ทารกหดรัดตัวดี ช่วยลดภาวะตกเลือดหลังคลอด และช่วยให้ทารกเข้าอุ้มหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วยิ่งขึ้น (Lowdermilk et al., 2019) สำหรับมารดาผ่าตัดคลอด การกระตุ้นให้ทารกหดรัดตัวดีมีประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากการผ่าตัดคลอดมีโอกาเสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด (ภิกเสก ลุมพิกานนท์, 2564) อีกทั้งการสัมผัส การโอบกอด หรือการสบตาขณะให้อุ้มให้นม จะช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับบุตร (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021) ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยเฉพาะในมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและไม่ได้วางแผนล่วงหน้า อาจทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ และผิดหวังจากการที่มีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด แต่ไม่สามารถคลอดได้ตามความตั้งใจ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะช่วยลดความรู้สึกผิดหวังของมารดาได้ (The La Leche League International, 2021) แม้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีประโยชน์ทั้งต่อบุตรและมารดา แต่ก็พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Thailand MICS, 2019)

องค์การอนามัยโลกมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2018) เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมายให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 (กรมอนามัย, 2561) แต่จากการสำรวจสถานการณ์ในระดับโลกในปี ค.ศ. 2018 พบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่อายุ 6 เดือนแรก อยู่ที่ร้อยละ 41 (WHO, 2018) และจากการสำรวจสถานการณ์ในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2559 พบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่อายุ 6 เดือน ร้อยละ 23.10 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในทารกอายุ 0–5 เดือน เพียงร้อยละ 14.20 (Thailand MICS, 2019) โดยจังหวัดนครพนมมีรายงานสถิติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่อายุ 6 เดือนแรก อยู่ที่ร้อยละ 68.73 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม ในมารดาผ่าตัดคลอดพบว่ามีโอกาสไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.31 เมื่อเทียบกับมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด (Hashim, Ishak, & Muhammad, 2020) ซึ่งการที่มารดาผ่าตัดคลอดไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ได้แก่ ด้านร่างกาย ความรู้ ประสบการณ์ และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (พนิดา สุขพิทักษ์ และวันธนี วิรุฬห์พานิช, 2565) โดยปัจจัยด้านร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หากมารดามีสุขภาพแข็งแรงก็จะทำให้มีความพร้อมด้านร่างกายในการให้นมบุตร (Dennis, 1999) จากการศึกษาของ Lagerberg, Wallby, and Magnusson (2020) พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวต่อเนื่อง 6 เดือน ต่ำกว่ามารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ส่วนปัจจัยด้านความรู้พบว่า หากมารดาทราบว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ทั้งต่อบุตรและตนเอง จะมีแนวโน้มในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น (Lawrence & Lawrence, 2015) สำหรับปัจจัยด้านประสบการณ์พบว่า ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ได้ร้อยละ 19 ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรของมารดาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อาจทำให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (นพรัตน์ ธารณะ และรัตนภรณ์

ธนศิริจิรานนท์, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมรรถนะ
แห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเลี้ยงบุตร
ด้วยนมมารดาอย่างเดียวย 6 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอด
บุตรคนแรกได้ โดยมารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง
มีโอกาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย 6 สัปดาห์
เป็น 1.07 เท่า ของมารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ
(สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา สันสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ,
และวรรณ พายุวัฒน์กร, 2557) หากมารดามีความ
เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถเลี้ยง
บุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยได้ ก็จะส่งเสริมให้มารดา
พยายามฝ่าฟันอุปสรรคที่เผชิญ เพื่อให้ประสบความสำเร็จ
ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยได้ (Dennis,
1999) ทั้งนี้ สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนม
มารดา (breastfeeding self-efficacy) เป็นแนวคิดที่
พัฒนาโดย Dennis (1999) ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิด
ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory)
ของ Bandura (1997) โดยมีการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์
ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance
accomplishment) 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น
หรือตัวแบบ (vicarious experience) 3) การชักจูง
ด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะด้าน
ร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective
status)

จากการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
อย่างเดียวยของมารดาผ่าตัดคลอด โดยใช้แนวคิดทฤษฎี
สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura ในการพัฒนาแผน
การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการใช้วิถีทัศน์
นำเสนอตัวแบบ มีการติดตามทางโทรศัพท์ และประเมิน
ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยที่
6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยง
บุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยมากกว่ากลุ่มควบคุม
(โบว์ชมพูนุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และ

จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2556) แม้ว่าผลการศึกษาดังกล่าว
จะทำให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น แต่ใน
ปัจจุบันประชาชนมีการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนใน
การเข้าถึงข้อมูลและติดต่อสื่อสาร ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์
เป็นเทคโนโลยีที่นิยมใช้ในการสื่อสาร (สมิธ พิฑูรพงศ์,
2561) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการส่งเสริม
พฤติกรรมทางสุขภาพจะทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูล
ได้สะดวก รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ และสามารถติดต่อ
สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น (พลวรรณ
วิฑูรกลชิต, 2560) ดังนั้น การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย
มาใช้พัฒนาสื่อที่น่าสนใจเพื่อถ่ายทอดข้อมูลทางสุขภาพ
อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นได้

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ
แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วย
นมมารดา ของ Dennis (1999) ที่พัฒนาจากแนวคิด
ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) มาใช้
ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
ผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์
ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เริ่มตั้งแต่หลังคลอดครบ
24 ชั่วโมง จนถึงหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรม
ประกอบด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเนื้อหาสาระ
ความรู้ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ประกอบเสียงบรรยาย
กิจกรรมทำยบพ ซึ่งช่วยกระตุ้นความสนใจ สามารถ
เรียนรู้และฝึกทักษะการอุ้มบุตรให้นมและการดูนมที่
ถูกวิธีได้ด้วยตนเอง และยังสามารถทบทวนความรู้ได้
ตามความสะดวกของมารดา ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน
ไลน์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ผ่านทางโทรศัพท์แบบ
สมาร์ตโฟนได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน โดยสามารถ
สนทนาปรึกษาปัญหาได้ทั้งภาพ เสียง รวมถึงการสนทนา
แบบวิดีโอคอล ซึ่งทำให้มารดารู้สึกเสมือนว่ามีพยาบาล
ผดุงครรภ์อยู่ด้วย อีกทั้งยังช่วยลดข้อจำกัดของการให้
ความรู้ในเรื่องเวลาและสถานที่ ซึ่งมีความแตกต่างจาก
แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัย
จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรดังกล่าวในการส่งเสริม

ให้มารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกมีสมรรถนะแห่งตน ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และเลือกปฏิบัติพฤติกรรม การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้มีอัตราการเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

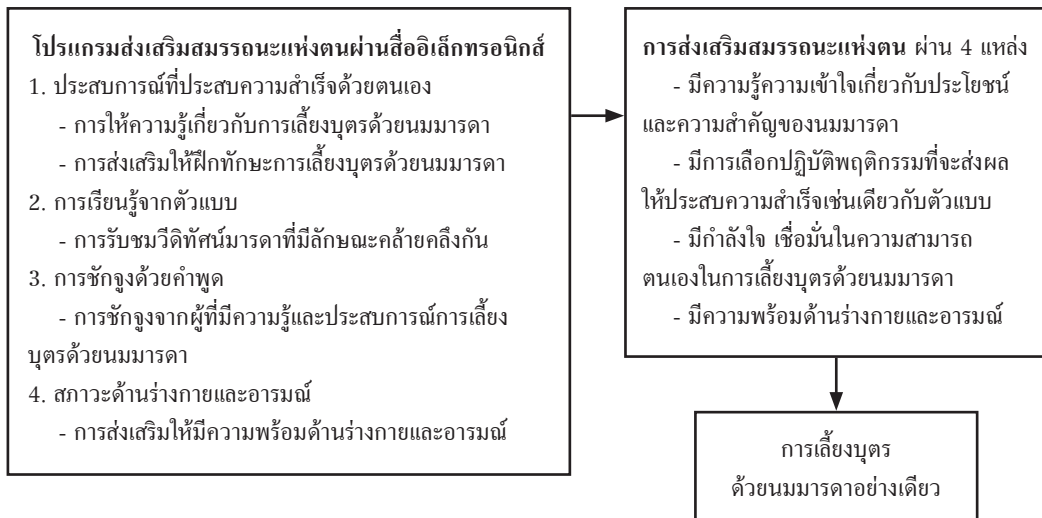
สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียวยมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของ Dennis (1999) ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะ แห่งตน ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดำเนินกิจกรรมในระยะ

หลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง ต่อเนื่องจนถึงหลัง คลอด 6 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้ และส่งเสริมให้ฝึกทักษะ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจนเกิดความมั่นใจ 2) การ ได้เห็นตัวแบบซึ่งเป็นผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะทำให้ มารดามีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้ที่มี ความรู้และประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งการได้รับการยอมรับ ชื่นชม มีอิทธิพลต่อการส่งเสริม ให้มารดาเกิดสมรรถนะแห่งตน และ 4) สถานะด้าน ร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินด้านร่างกาย และ กระตุ้นทางอารมณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ รับรู้ถึงความยากลำบากในระยะแรกนั้นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งดำเนินกิจกรรมโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการ ใช้แอปพลิเคชันไลน์ และการโทรศัพท์ติดตาม โดย ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาอย่างเดียวยเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดใน การวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (two-group posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก หลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดียวและตั้งครรภ์ครบกำหนด 3) สามารถลุกจากเตียงได้หลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง 4) มีคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่า 5 คะแนน 5) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 6) บุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 7) บุตรอยู่กับมารดาภายหลังผ่าตัดคลอด 2-3 ชั่วโมง 8) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในช่วง 14-51 คะแนน 9) ห้วนนมและเต้านมปกติ 10) สามารถฟังพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 11) มีโทรศัพท์แบบ

สมาร์ทโฟน สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ 12) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) มารดาและ/หรือบุตรมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .97 (คำนวณจากการศึกษาของโบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และคณะ [2556]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 36 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 44 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม โดยจับคู่ตาม

อายุ และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของ Dennis (1999) ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นรายบุคคล ผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง จำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที และครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมเมื่อกลับบ้านต่อเนื่องจนถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการให้ความรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก และส่งเสริมให้ฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจ 2) การได้เห็นตัวแบบ ผ่านทางวิดีโอที่บรรจุอยู่ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกที่สามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก 6 เดือน 3) การชักจูงด้วยคำพูด จากผู้วิจัยในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล และการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ประกอบชุดข้อความชักจูงใจให้กำลังใจ และกล่าวชมเชย และ 4) สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและกระตุ้นทางอารมณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และส่งเสริมให้รับรู้ว่าการยากลำบากในระยะแรกนั้นเป็นเรื่องปกติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 2) ความสำคัญของน้ำนม 3) ภาวะสุขภาพของเต้านม

การสร้างและการหลั่งของน้ำนม 4) หลักการในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 4 จุด 5) ปัญหาที่อาจพบในระยะให้นม และแนวทางการแก้ไข และ 6) การบีบเก็บน้ำนม พร้อมทั้งวิดีโอต้นแบบ และวิธีการอุ้มบุตรเข้าเต้า และการดูนมที่ถูกต้องวิธี นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และร่วมหาแนวทางแก้ไข ตั้งแต่กลับบ้านต่อเนื่องจนถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

1.2 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้สำหรับการติดตามและบันทึกข้อมูลการติดตาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผ่านมา ชนิดของนมที่มารดาให้แกบุตร ปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา โดยติดตามในระยะหลังคลอด สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ผ่านการโทรศัพท์หรือใช้แอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที

1.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาฉบับย่อ ของ Dennis (2003) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมสร ทองสวัสดิ์, และกล่าวลัย สมบูรณ์ (2553) จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีความมั่นใจ มีความมั่นใจน้อย มีความมั่นใจปานกลาง มีความมั่นใจมาก และมีความมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย (14-32 คะแนน) ในระดับปานกลาง (33-51 คะแนน) และในระดับมาก (52-70 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการลาคลอด และลักษณะครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ
ชุดที่ 2 แบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของนมที่ให้แก่บุตร ระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว และสาเหตุที่ยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ (2 คน) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (1 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อการสอน (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามเท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไปทดลองใช้กับมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 008/2565 วันที่ 24 มกราคม 2565) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ 6/2565 วันที่ 16 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนิน

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแบบย่อ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นให้ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ของนมมารดา พร้อมการฝึกทักษะการอุ้มบุตรเข้าเต้า รวมทั้งได้รับคำปรึกษาและติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผ่านทางโทรศัพท์

3. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ให้ตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ฉบับย่อ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดำเนินกิจกรรม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะหลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง (แต่ละระยะประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์) และเมื่อกลับบ้านต่อเนื่องจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยบันทึกข้อมูลการติดตามในแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

6. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวให้ตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2565 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่กลุ่มควบคุม และให้เข้าถึงข้อมูลในแอปพลิเคชันไลน์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test ตามลักษณะข้อมูล ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ การเปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ส่วนการเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ทั้งนี้ ระหว่างดำเนินการวิจัย มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 1 คน ขาดการติดต่อหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20–37 ปี (Med = 26, IQR = 6) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.27 เท่ากัน มีรายได้ในช่วง 10,001–15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.82 ระยะเวลาการลาคลอด 3 เดือน และไม่ได้ลาคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 90.91 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 20–40 ปี (Med = 25, IQR = 7) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีรายได้ในช่วง 10,001–15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 ระยะเวลาการลาคลอด คือ ไม่ได้ลาคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 และส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 68.18 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในช่วง 34–51 คะแนน (Med = 48.50, IQR = 9) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในช่วง 35–51 (Med = 41, IQR = 12.50) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยง

บุตรด้วยนมมารดาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.402$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
นมมารดาอย่างเดียว	18	81.82	8	36.36	9.402	.002
นมมารดา ร่วมกับนมผสม	4	18.18	14	63.64		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่านการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ประกอบเสียงบรรยายของผู้วิจัย ซึ่งบรรยายโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว และใช้ชีวิตที่สนุกที่มีความกระชับ (ระยะเวลาไม่เกิน 3 นาที) ช่วยดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการส่งเสริมโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์

มือถือ การติดตามผ่านช่องทางออนไลน์ โดยการรวมกิจกรรมการให้ความรู้เข้ากับการสนับสนุนเฉพาะบุคคลผ่านสื่อออนไลน์ ช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Almohanna, Win, & Meedya, 2020) หลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ฝึกทักษะการอุ้มให้นมและการสังเกตการดูดนมที่ถูกต้องวิธี โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในระหว่างการฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจ ซึ่งประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สนับสนุนให้มารดามีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนได้สำเร็จ (นิตยา ลินสุกใส, ศศิธารา น่วมภา, และพฤษศจันทรประภาพ, 2560; อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศรทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์, 2557) นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง “นมแม่สุสันต์ ฉันทำได้” และได้เข้าร่วม Line Official Account ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จัดทำในรูปแบบสื่อที่หลากหลาย ทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวที่มีความเข้าใจง่าย สามารถทบทวนความรู้ซ้ำในหัวข้อที่ต้องการได้ และสามารถ

เข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านทางโทรศัพท์แบบ
สมาร์ตโฟน ซึ่งการที่มารดาได้รับรู้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วย
นมมารดา มีประโยชน์ทั้งต่อบุตรและตนเอง ก็จะมีแนวโน้ม
ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากยิ่งขึ้น (อุตม์ชญา
นินทเรือง, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ปราภุติ, และ
กรวิภา จันทรแจ่ม, 2564) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า
กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่มอบให้ในระหว่าง
ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่บ้าน และมีการสนทนา
ปรึกษาข้อสงสัยเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลองได้รับชมวิดีโอทัศนมารดาตัวแบบ
ซึ่งเป็นมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก โดยเป็น
ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
อย่างเดียว 6 เดือน มาบอกเล่าประสบการณ์การเลี้ยง
บุตรด้วยนมมารดา ปัญหาและอุปสรรคที่พบในระยะ
ให้นม และแนวทางการแก้ไขปัญหามา สอดคล้องกับ
แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วย
นมมารดา ของ Dennis (1999) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้
จากประสบการณ์ของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการแสดงสด
เทปบันทึก หรือสื่อสิ่งพิมพ์ ก็สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่ได้
เรียนรู้มีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
เพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์
การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก่อน การได้รับชมวิดีโอทัศน
มารดาตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและประสบ
ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้
กลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้
ตนเองประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
อย่างเดียวได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

กลุ่มทดลองได้รับการชักจูงด้วยคำพูดระหว่าง
ดำเนินกิจกรรมในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล โดยเน้นให้เห็น
ถึงความสำคัญของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว
และสร้างกำลังใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว
ให้ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำสติ๊กเกอร์
ไลน์ประกอบชุดข้อความการชักจูงใจ การให้กำลังใจ
และกล่าวชมเชย ส่งให้กลุ่มทดลองผ่านทางแอปพลิเคชัน

ไลน์เมื่อกลับไปเลี้ยงบุตรที่บ้าน เพื่อกระตุ้นและให้
กำลังใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวให้
ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Dennis (1999)
ที่กล่าวว่า การชักจูงด้วยคำพูดเป็นการโน้มน้าวใจด้วย
วาจา โดยมุ่งความสนใจไปยังแง่มุมการประสบความสำเร็จ
ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การยกย่อง ชื่นชม
โดยเฉพาะจากบุคลากรสุขภาพ ยิ่งบุคคลนั้นมีความ
น่าเชื่อถือมากเท่าใดก็ยิ่งมีโอกาสที่จะส่งผลต่อความ
เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วย
นมมารดามากขึ้นเท่านั้น การชักจูงด้วยคำพูดให้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น
ความรู้สึกราวว่าใจในผู้ชักจูง ความชำนาญของผู้ชักจูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติ รวมถึงสถานการณ์ที่ผู้ปฏิบัติ
กำลังเผชิญในขณะนั้น (Bandura, 1997) ซึ่งการวิจัย
ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง
ตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง ถึง 6 สัปดาห์
หลังคลอด ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจและมี
แรงจูงใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลองได้รับการประเมินสภาวะด้านร่างกาย
และอารมณ์ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง โดยการสังเกต
สีหน้าท่าทาง การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด
การนอนหลับพักผ่อน อาการเจ็บปวดที่เต้านมและหัวนม
รวมทั้งสอบถามความรู้สึก ความพึงพอใจในการเลี้ยง
บุตรด้วยนมมารดา ซึ่งสภาวะด้านร่างกายเป็นปัจจัย
สำคัญที่ส่งผลต่อความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท
การเป็นมารดา หากมารดาไม่พร้อมด้านร่างกาย
จะทำให้ไม่มีความพร้อมในการให้นมบุตรด้วย ในขณะที่
ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล หรือ
ความเครียด จะลดความเชื่อมั่นในความสามารถลง
(Dennis, 1999) นอกจากนี้ อาการอ่อนเพลียจากการ
ผ่าตัด รวมทั้งการมีสายน้ำเกลือและสายสวนปัสสาวะ
เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
(สาวิตรี สุวิกรม, 2563) ทำให้ร่างกายไม่พร้อมที่จะ
ปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา (ปริญญ ชัยกองเกียรติ

และคณะ, 2563) แรงจูงใจในการให้มนูตรลดลง ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (ภิกเสก ลุมพิกานนท์, 2562) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ว่าการอ่อนเพลียและอาการเจ็บปวดแผลเป็นเรื่องปกติที่ต้องเผชิญในระยะแรกหลังคลอด สืบเนื่องจากความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนท่าในการให้นมบุตรเข้าเต้าที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวดแผลน้อย และสามารถพักผ่อนในระหว่างการให้มนูตรได้ โดยส่วนใหญ่เลือกทานอนตะแคงให้มนูตร และในระหว่างดำเนินกิจกรรมพบว่า กลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์ได้ตอบ และซักถามข้อสงสัยเป็นอย่างดี

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ โบว์ชมพูนุ บุตรแสงดี และคณะ (2556) ที่พบว่า มารดา ผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว มากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ในหอผู้ป่วยหลังคลอด ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก โดยควรได้รับการอบรมแนวทางและขั้นตอนของโปรแกรม ก่อนนำไปประยุกต์ใช้

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์นี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาผ่าตัดคลอดที่มีบุตรคนแรก ตั้งแต่หลังคลอดต่อเนื่องไปจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ เขียวมนตรี, โสเพ็ญ ชูนวน, และศศิกันต์ กาละ. (2564). ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเลือก ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 96–109.

กรมอนามัย. (2561). *สช. ร่วมกับเครือข่าย ตั้งเป้าปี 68 เด็กไทยอย่างน้อยร้อยละ 50 กินนมแม่อย่างเดียว ถึง 6 เดือน*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/Z9AJe>

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ร้อยละของเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/4164a7c49fcb2b8c3ccca67dcdf28bd0>

การุณ เก่งสกุล. (2562). *ประกาศเจตจำนงเรื่องการผ่าตัดคลอด*. สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/position-statement-for-cesarean-section/3153/>

ณัฏฐา อ่อนผิว, วาทีณี ชูณหปราณ, และเจนจิรา คัมภักย์. (2564). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 8(2), 93–109.

นพรัตน์ ชาระณะ. (2564). การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. *พยาบาลสาร*, 48(4), 324–335.

นพรัตน์ ชาระณะ, และรัตนภรณ์ ชนศิริจิราพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 46(4), 70–82.

- นิตยา สีนสุกใส, ศศิธารา น่วมภา, และพฤษ์ จันทรประภาพ. (2560). ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 14-22.
- โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันชะรักษา, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 1-10.
- ปริญญ ชัยกองเกียรติ, ภาชีนา บุญลาภ, และอาภาภรณ์ หาญณรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 21(1), 16-28.
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2563). การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. ใน ปิยะนุช ชูโต (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด* (น. 225-257). เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปรีณติง.
- แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม. (2564). *รายงานสถิติคลอดประจำปี*. นครพนม: ผู้แต่ง.
- พนิดา สุขพิทักษ์, และวันฉวี วิรุฬห์พานิช. (2565). ปัจจัยคัดสรรทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(2), 247-263.
- พลวรรณ วิฑูรกลชิต. (2560). บทนำ. ใน พลวรรณ วิฑูรกลชิต (บ.ก.), *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560-2569)* (น. 19-29). นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ภิเศก ลุมพิกานนท์. (2562). ลดการผ่าคลอดช่วยลูกกินนมแม่ได้ทันที จุดเริ่มต้นพัฒนาสมอง และส่งต่อภูมิคุ้มกันแต่แรกคลอด. ใน ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ และหทัยทิพย์ โสมดำ (บ.ก.), *ก้าวข้าม 5 อุปสรรค ให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด ฉบับประชาชน* (น. 20-27). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ภิเศก ลุมพิกานนท์. (2564). *อันตรายจากการ “ผ่าคลอด” แม่เลี้ยง ลูกอาจได้รับผลกระทบระยะยาว*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/2022229>
- สมิธ พิฑูรพงศ์. (2561). *การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงาน: กรณีศึกษา บริษัทสหผลิตภัณฑ์พาณิชย์ จำกัด* (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สาวตรี สุวิกรม. (2563). *การผ่าตัดคลอดเป็นอุปสรรคของการเริ่มต้นให้นมแม่จริงหรือ*. สืบค้นจาก <https://library.thaibf.com>
- สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ชนาโนวรรณ, และวรรณพาหุวัฒนกร. (2557). ความรู้ทัศนคติการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 51-60.
- อุดมชญา อินทเรือง, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งภา ปรากฎดี, และกรวิภา จันทรแจ่ม. (2564). แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 5(2), 86-100.
- อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมสร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์. (2553). *แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา*. นนทบุรี: กรมอนามัย.

- อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 41(1), 133-144.
- Almohanna, A. A., Win, K. T., & Meedya, S. (2020). Effectiveness of internet-based electronic technology interventions on breastfeeding outcomes: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), e17361. doi:10.2196/17361
- Babazade, R., Vadhera, R. B., Krishnamurthy, P., Varma, A., Doulatram, G., Saade, G. R., & Turan, A. (2020). Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and postpartum depression. *Journal of Clinical Anesthesia*, 62, 109697. doi:10.1016/j.jclinane.2019.109697
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Births—Method of delivery*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/delivery.htm>
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201. doi:10.1177/089033449901500303
- Dennis, C. L. (2003). The Breastfeeding Self-efficacy Scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744. doi:10.1177/0884217503258459
- Di Benedetto, M. G., Bottanelli, C., Cattaneo, A., Pariante, C. M., & Borsini, A. (2020). Nutritional and immunological factors in breast milk: A role in the intergenerational transmission from maternal psychopathology to child development. *Brain, Behavior, and Immunity*, 85, 57-68. doi:10.1016/j.bbi.2019.05.032
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Hashim, S., Ishak, A., & Muhammad, J. (2020). Unsuccessful exclusive breastfeeding and associated factors among the healthcare providers in East Coast, Malaysia. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(6), 416-421. doi:10.4082/kjfm.19.0060
- Lagerberg, D., Wallby, T., & Magnusson, M. (2020). Differences in breastfeeding rate between mothers delivering by caesarean section and those delivering vaginally. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(8), 899-903. doi:10.1177/1403494820911788
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2015). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2019). *Maternity and women's health care* (12th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

- Thailand Multiple Indicator Cluster Survey. (2019). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2019, Survey finding report*. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2019>
- The La Leche League International. (2021). *Breastfeeding after cesarean birth*. Retrieved from <https://www.llli.org/breastfeeding-info/breastfeeding-cesarean-birth/>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Barriers to breastfeeding: Supporting initiation and continuation of breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), e54–e62. doi:10.1097/AOG.0000000000004249
- World Health Organization. (2018). *Global breastfeeding scorecard 2018*. Retrieved from <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021). *Breastfeeding*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
-

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการต่อการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ* Effect of the Integrated Safety Promotion Program on Safety Work Practices of Waste Collectors*

ณัฐนิชา วารีสมาน, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย)¹

Natnicha Wareesamarn, M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner)¹

วรินทร์ จรุงรุ่งโรจน์สกุล, Ph.D. (Nursing)²

อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, Ph.D. (Nursing)³

Waruntorn Jongrungrotsakul, Ph.D. (Nursing)²

Anon Wisutthananon, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 25, 2025

Revised: April 17, 2025

Accepted: May 30, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการต่อการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอเมืองและอำเภอสู่โข-ลก จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ มีค่าความเชื่อมั่น .92 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Nwareesamarn@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 52.305, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.554, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการไปใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ เพื่อลดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ การปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน พนักงานเก็บขยะ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the integrated safety promotion program on safety work practices of waste collectors. The participants consisted of 54 waste collectors working in Muang and Su-ngai Kolok Districts, Narathiwat Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 27$) and a control group ($n = 27$). The research instruments included an integrated safety promotion program, a personal information questionnaire, and a safety work practices questionnaire with a reliability of .92. The implementation and data collection were conducted from August to November 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of safety work practices than before the experiment ($t = 52.305, p < .001$); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of safety work practices than the control group ($t = 4.554, p < .001$).

This research suggests that related agencies should implement an integrated safety promotion program to develop knowledge and safety work practices of waste collectors to reduce work-related illnesses and injuries.

Keywords: Integrated safety promotion program, Safety work practices, Waste collectors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พนักงานเก็บขยะเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเสี่ยงและอันตรายสูงสุด (Melaku & Tiruneh, 2020; Temesgen et al., 2022) ก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานจากการทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพและการทำงานที่หลากหลายทั้งในสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (สลิสรัดน์ นิตรมร, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และธนาศรี สีหะบุตร, 2564; Melaku & Tiruneh, 2020; Temesgen et al., 2022) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งต้องดำเนินการจัดกระทำโดยตรงที่สาเหตุของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ จึงจะทำให้การป้องกันดังกล่าวมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานเกิดจากการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่ถูกต้องของพนักงาน ได้แก่ การไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน และการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน (Sangkham, Thongtip, & Sakunkoo, 2021) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่ถูกต้องมีสาเหตุสำคัญ คือ พนักงานขาดความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ขาดความรู้ และไม่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย (สิทธิชัย ใจขาน และวรารณณ์ พันธุ์ศิริ, 2562; Melaku & Tiruneh, 2020) ดังนั้น การส่งเสริมหรือเอื้อให้พนักงานมีการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานที่ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานจึงมีความสำคัญ

การให้การศึกษาหรือความรู้แก่พนักงานเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานที่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rogers, 2003; Salazar, 2006)

ทั้งยังเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลอาชีวอนามัยในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานที่ถูกต้องแก่พนักงาน เพื่อลดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ, 2556) โดยทั่วไป การให้การศึกษาอาจกระทำในลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ผ่านการอบรมความปลอดภัย (safety training) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยอันตรายจากการทำงาน และส่งเสริมการมีทักษะการปฏิบัติงานที่ถูกต้องแก่พนักงาน (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ, 2556; Jongrungrotsakul, Chanprasit, Kaewthummanukul, & Mackey, 2014; Rogers, 2003) ในการอบรมความปลอดภัยในการทำงาน นักวิชาการด้านอาชีวอนามัยได้เสนอแนะให้ประยุกต์แนวคิดหรือกลยุทธ์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน (workplace health promotion) ของ O'Donnell (2002) ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความตระหนักเป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญลำดับแรก เพื่อให้พนักงานเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน เป็นการกระตุ้นเตรียมพนักงานให้พร้อมสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงาน หากกระทำพร้อมกับกลยุทธ์การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติงาน จะกระตุ้นให้พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง (Rogers, 2003)

นราธิวาสเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในเขตเทศบาลเมืองนราธิวาสและสุไหงโก-ลก ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงสุดของจังหวัดในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ 41,572 คน และ 41,551 คน ตามลำดับ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเท่ากัน คือ 1.15 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน และมีปริมาณ

ขณะมูลฝอยเกิดขึ้นจำนวนมากในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ 47,807.80 ต้นต่อวัน และ 47,783.70 ต้นต่อวัน ตามลำดับ (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 16 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2560) ทำให้พนักงานเก็บขยะต้องเผชิญและสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ทั้งจากสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน นอกจากนี้ จากการสอบถามบุคลากรในฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองสุโขทัย พบว่า พนักงานเก็บขยะยังมีการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หรือใช้ไม่ถูกต้องขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน อาทิ อาการผื่นผดผื่นคันในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย อากาศทางระบบผิวหนัง เช่น ผื่นคัน กลาก เกาฬื่น เชื้อราที่เล็บ ผื่นผื่นอักเสบจากการสัมผัสสารเคมี หรือการติดเชื้อต่าง ๆ อีกทั้งพนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจนต้องหยุดงานบ่อยครั้ง ได้แก่ ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มแทงนิ้วมือ และสิ่งแปลกปลอมเข้าตา

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน ได้เห็นความสำคัญในการลดสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ จึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ และศึกษาผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ เพื่อส่งเสริมให้พนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานที่ถูกต้อง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานเก็บขยะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

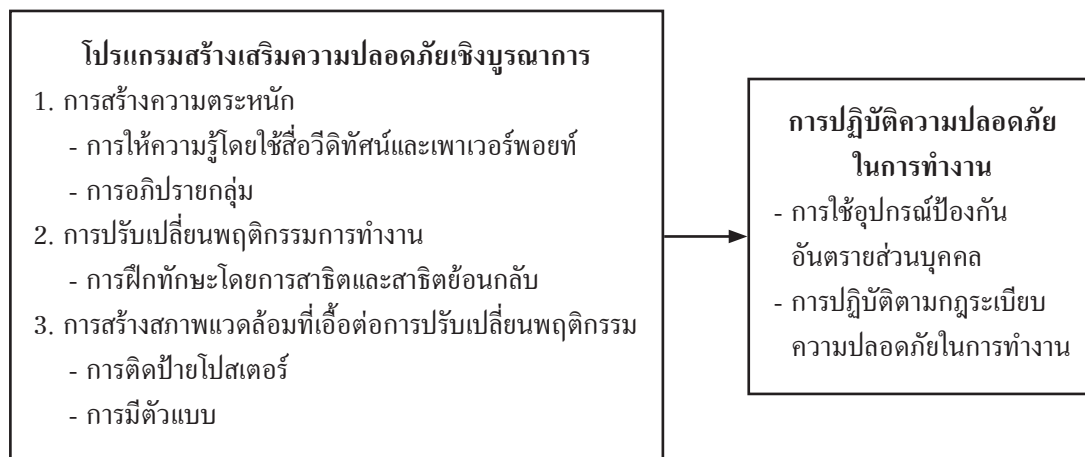
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ของ O'Donnell (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ ซึ่งแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความตระหนักเป็นขั้นตอนแรกที่ประยุกต์วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และเพาเวอร์พอยท์ และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการทำงานเก็บขยะและผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้การตระหนักคิดต่อการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งในการอภิปรายกลุ่มจะเน้นให้พนักงานมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์

ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลโดยใช้การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน โดยการติดป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยใน

การทำงานเก็บขยะ และการมีตัวแบบ (role model) ในการปฏิบัติที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม ร่วมกับการติดตามการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานเป็นรายบุคคล และให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้พนักงานมีการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอเมืองและอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่ทำงานในขั้นตอนการเก็บรวบรวมขยะ การคัดแยกขยะรีไซเคิล การขนย้ายขยะ และการทำความสะอาดและเก็บรถบรรทุกขยะ จำนวน 103 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานเก็บขยะอย่างน้อย 6 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ลาออกหรือเปลี่ยน

งานระหว่างดำเนินการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Burns and Grove (2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 27 คน รวมจำนวน 54 คน โดยกำหนดให้พนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอสุไหงโก-ลกเป็นกลุ่มทดลอง และพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอ

เมื่อนราวิชาสเป็นกลุ่มควบคุม เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก โดยจับคู่ตามเพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ของ O'Donnell (2002) ที่ประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงาน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที ดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการทำงาน เก็บขบและผลกระทบต่อสุขภาพ สื่อที่ใช้คือ วิดีทัศน์ และเพาเวอร์พอยท์ 2) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน สะท้อนคิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน 3) ผู้วิจัยให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน เก็บขบตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน 4) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และให้จับคู่สาธิตย้อนกลับโดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติ และ 5) ผู้วิจัยมอบป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการทำงาน เก็บขบ และให้นำไปติดที่สถานีนางของตน

กิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลา 45 นาที ดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน ปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน ในสัปดาห์ที่ผ่านมา และส่งตัวแทนนำเสนอ 2) ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มเลือกสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ที่มีพฤติกรรม

การปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานที่ถูกต้องในสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อนำมาเป็นตัวแบบ (role model) ที่ดีในการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน พร้อมกล่าวคำชมเชย และ 3) ผู้วิจัยมอบป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน เก็บขบและให้นำไปติดที่สถานีนางของตน

กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นให้ร่วมกันเสนอกลวิธีในการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และส่งตัวแทนนำเสนอ

กิจกรรมครั้งที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานในสัปดาห์ที่ผ่านมา และซักถามปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน และส่งตัวแทนนำเสนอ จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย และการรับรู้ปัจจัยอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน เก็บขบ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน เก็บขมมูลฝอย ของสิทธิชัย ใจงาน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ (2562) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

จำนวน 9 ข้อ และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน จำนวน 16 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 25-75 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (2 คน) พยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาศึกษา และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภอสุโขทัย-ลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบสอบถามการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (2 คน) พยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพนักงานเก็บขยะในเทศบาลตำบลป่าเสม็ด อำเภอสุโขทัย-ลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 098/2564 วันที่ 21 กันยายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศบาลเมืองนราธิวาส และนายกเทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมเทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมเทศบาลเมืองนราธิวาส แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการปฏิบัติตามความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 2-8 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมเทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก ให้ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการ โดยในสัปดาห์ที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 ให้เข้าร่วม

กิจกรรมครั้งที่ 3 และในสัปดาห์ที่ 5-8 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัยจากผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือหัวหน้างาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมเทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก ให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมเทศบาลเมืองนราธิวาส ให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานให้แก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.89 ปี ($SD = 6.26$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.85 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.48 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.66 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.19 ปี ($SD = 7.84$) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 88.89 และทั้งหมดรับรู้ว่าเป็นปัจจัยอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงาน คือ เชื้อโรค คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ ขยะอันตราย และเสียงดัง คิดเป็นร้อยละ 96.30 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.22 ปี ($SD = 7.91$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.96 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.48 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และมีรายได้ไม่เพียงพอหรือเป็นหนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.74 เท่ากัน มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.04 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.44 ปี ($SD = 6.59$) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 85.19 และทั้งหมดรับรู้ว่าเป็นปัจจัยอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงาน คือ 1) เชื้อโรค 2) ขยะอันตราย 3) กัมมันตภาพรังสี 4) บิดเบี้ยวตัว ออกแรงยกสิ่งของ 4) ทำงานบนที่สูงเพื่อทำความสะอาด และ 5) สภาพพื้นที่ทำงานเปียกชื้น คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมา คือ 1) สัตว์มีพิษ 2) เสียงดัง 3) ฝุ่นละอองในบรรยากาศ และ 4) วัตถุมีคม คิดเป็นร้อยละ 96.30 เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 52.305, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	27	47.93	2.18	52.305	< .001
หลังการทดลอง	27	73.89	1.12		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.554, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	47.93	2.18	47.85	2.16	.090	.929
หลังการทดลอง	73.89	1.12	47.93	2.45	4.554	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานเก็บขยะในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วม

กิจกรรมในโปรแกรมสร้างความปลอดภัยเชิงบูรณาการทั้ง 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการทำงานเก็บขยะและผลกระทบต่อสุขภาพ โดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เช่น สื่อวีดิทัศน์ ทำให้นักงานเก็บขยะมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการทำงานเก็บขยะและผลกระทบต่อสุขภาพที่ถูกต้อง และจัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งสะท้อนคิดเกี่ยวกับ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานเก็บขยะ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเอง โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ผู้วิจัยยังได้สาธิตวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามขั้นตอนอย่างละเอียด และให้จับคู่สาธิตย้อนกลับโดยผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติ ทำให้มีพฤติกรรมใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มทดลองจดจำข้อมูลและเกิดทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง ดังการศึกษาที่พบว่า หลังการทดลอง คนงานผลิตเครื่องเรือนไม้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมด้วยวิธีการสอนร่วมกับการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสี่ยง มีสัดส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสี่ยงที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ยุภา ศรีสิงห์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และธานี แก้วธรรมานุกุล, 2560) ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมที่สร้างความตระหนักและช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานแล้ว ยังมีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการมอบป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการทำงานเก็บขยะ และป้ายโปสเตอร์เกี่ยวกับการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานเก็บขยะ และให้นำไปติดที่สถานงานของตน เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการใช้ตัวแบบในการปฏิบัติที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม โดยกิจกรรมต่าง ๆ ข้างต้นที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ส่งผลให้พนักงานเก็บขยะในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wisutthananon, Chanprasit, Kaewthummanukul, and Suwannaprapisa (2019) ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การอบรมความปลอดภัย มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานทั้งการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมสร้างเสริมความปลอดภัยเชิงบูรณาการไปใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ เพื่อลดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่งจากการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการอบรมความปลอดภัยเชิงบูรณาการในระดับการจัดการแก้ไขการทำงานในสถานประกอบการ (workplace-based intervention) โดยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน เพื่อปรับพฤติกรรมการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ

2.2 ควรมีการศึกษากการปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะในลักษณะผสมผสานทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธานี แก้วธรรมานุกุล, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ชื่นกมล สุขดี, วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล, และวันเพ็ญ ทรงคำ. (2556). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากปัจจัยคุกคามสุขภาพในการทำงานในอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ยูภา ศรีสิงห์, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และธานี แก้วธรรมานุกูล. (2560). ผลของการสร้างความตระหนักผ่านการอบรมความปลอดภัยต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนงานผลิตเครื่องเรือนไม้. *พยาบาลสาร*, 44(3), 90–101.
- สลิตรัตน์ นิตมร, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และธนาศรี สีหะบุตร. (2564). ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 232–241.
- สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 16 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). *การจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดนราธิวาส ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://reo16.mnre.go.th/reno16/cenvironment/124/1>
- สิทธิชัย ใจขาน, และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ. (2562). พฤติกรรมและความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอย กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 50–59.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Jongrungrotsakul, W., Chanprasit, C., Kaewthummanukul, T., & Mackey, T. A. (2014). Participatory development of an occupational health hazard reduction program in the wood furniture industry. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(1), 42–52. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/9548/14255>
- Melaku, H. S., & Tiruneh, M. A. (2020). Occupational health conditions and associated factors among municipal solid waste collectors in Addis Ababa, Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2415–2423. doi:10.2147/RMHP.S276790
- O'Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Salazar, M. K. (Ed.). (2006). *Core curriculum for occupational and environmental health nursing* (3rd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Sangkham, S., Thongtip, S., & Sakunkoo, P. (2021). Occupational health hazard exposure and health problems among solid waste collectors in Phayao Province, Northern Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 19(2), 227–239. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/AIHD-MU/article/view/249795/169037>
- Temesgen, L. M., Mengistu, D. A., Mulat, S., Mulatu, G., Tolera, S. T., Berhanu, A., ... Gobena, T. (2022). Occupational injuries and associated factors among municipal solid waste collectors in Harar town, Eastern Ethiopia: A cross sectional study. *Environmental Health Insights*, 16, 11786302221104025. doi:10.1177/11786302221104025

Wisutthananon, A., Chanprasit, C., Kaewthummanukul, T., & Suwannaprapisa, T. (2019). Effect of integrated safety program on safety behaviors among rice farmers: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(4), 345–356. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/160087/150338>

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน The Needs of Care for the Elderly and Their Caregivers in the Community

คัทลียา วสุธาดา, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Cuttaliya Vasuthada, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

อรพิชา บรรเทาวงษ์, พย.บ. ²

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies) ³

Onpicha Banthaowong, B.N.S. ²

Maturada Bunjongkarn, Ph.D. (Nursing Studies) ³

ราตรี อร่ามศิลป์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ⁴

รัชณี แสงมาลา, พย.บ. ⁵

Ratree Aramsin, M.N.S. (Family Nursing) ⁴

Ratchanee Sangmala, B.N.S. ⁵

Received: March 14, 2025

Revised: May 31, 2025

Accepted: June 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้แทนคณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำทางศาสนา ผู้แทนคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้แทนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และผู้แทนผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลเกาะเปิด อำเภอ แหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย และแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

^{1, 3, 4} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1, 3, 4} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: onpicha@pnc.ac.th

⁵ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเปิด จังหวัดจันทบุรี

⁵ Registered Nurse, Ko Proet Sub-district Health Promoting Hospital, Chanthaburi Province

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถจำแนกออกเป็น 2 แก่นสาระ คือ 1) ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม และด้านการจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ฉุกเฉิน และ 2) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือ ระบบการดูแลที่มีอยู่แล้วในชุมชน และนโยบายของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ เช่น โปรแกรมครอบครัวสามวัยใส่ใจผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ: ความต้องการของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแล

Abstract

This qualitative research aimed to study the situation, understanding, and needs of care for the elderly and their caregivers in the community. The participants consisted of 15 representatives, including members of the Village Health Volunteer Committee, members of the Sub-district Administrative Organization, public health officers from district health offices, community hospitals, sub-district health promoting hospitals, religious leaders, village committee representatives, representatives of the elderly club, and family members of the elderly. They were in Ko Proet Sub-district, Laem Sing District, Chanthaburi Province. The research instruments consisted of the researchers and the semi-structured interview questions. Data were collected through in-depth interviews and observation from December 2023 to February 2024. Data were analyzed using content analysis.

The research results revealed that data collected through in-depth interviews were categorized into two main themes: 1) The need for holistic care, encompassing four aspects: physical, mental/emotional and behavioral, social and environmental, and emergency response and situation management; 2) Community involvement in care, comprising two aspects: existing community care systems and community policies related to elderly care.

This research suggests that agencies related to elderly care should use the findings to serve as a guideline for developing various programs, such as a three-generation family care program for the elderly through community participation.

Keywords: Needs of the elderly, Community participation, Caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ถึงร้อยละ 0.50 โดยจำแนกออกเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น (60–69 ปี) ร้อยละ 56.50 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70–79 ปี) ร้อยละ 29.10 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.40 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดและระบบการดูแลสุขภาพที่ยังไม่เป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรัง อุบัติเหตุจากการหกล้ม ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และการแยกตัวทางสังคม

ผู้ดูแล ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ (บัวหลัน หินแก้ว และชนินฐา นันทบุตร, 2566; สุภาดา คำสุชาติ, 2560) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็น รวมถึงไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (นงนุช โอชะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, และชญานา บุญลือ, 2564)

แม้งานวิจัยจำนวนหนึ่งจะได้ศึกษาปัญหาด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง หรือศึกษาบทบาทของผู้ดูแลเป็นรายส่วน แต่ยังคงขาดการบูรณาการข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกันในบริบทชุมชนเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงของแต่ละกลุ่ม ซึ่งสามารถสะท้อนมิติของ “ความต้องการ”

และ “ความสามารถในการดูแล” ที่แท้จริงของชุมชน ได้อย่างรอบด้าน อีกทั้งยังขาดแนวทางหรือโมเดลที่พัฒนาโดยอิงจากบริบทชุมชนท้องถิ่นร่วมด้วย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและรอบด้าน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุม เหมาะสมกับบริบท และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ในการออกแบบและดำเนินนโยบายหรือกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ประเทศไทยสามารถเตรียมพร้อมและรับมือกับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ของเอดมันด์ ฮัสเซอร์ล (Edmund Husserl) ที่เน้นการพรรณนาความเชื่อมโยงของสิ่งที่เกิดขึ้นตามปรากฏการณ์และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Husserl, 2019) โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และความต้องการของผู้ดูแลในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุม อันจะนำไปสู่ข้อค้นพบตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ของเอดมันด์ ฮัสเซิร์ล (Husserl, 2019)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้แทน คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำทางศาสนา ผู้แทนคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้แทนผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ในพื้นที่ ตำบลเกาะเปริด อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่วิตกกังวล จิตดีใจ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับ จำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation) กล่าวคือ มีแบบแผนข้อมูลที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น โดยเป็นข้อมูลที่เพียงพอในการอธิบายประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการ เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ นอกจาก ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอนามัย ชุมชนแล้ว ผู้วิจัยทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัย เชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการประชุมเพื่อ สร้างความเข้าใจร่วมกัน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview questions) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

และผู้ดูแลในชุมชน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประเมิน ความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพัฒนา พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพชุมชน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นดำเนินการ แก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพ ที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 003/66 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเกาะเปริด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง ขอความร่วมมือในการประสานเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูล ขอนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ ตามความ สะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้าง โดยสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการสลับตา ด้วยทำทางที่เป็นธรรมชาติ และมีการสังเกตสีหน้าและ

พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และทุกครั้ง ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ลงในแบบบันทึก ความจำของผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดถ้อยคำออกมาเป็นข้อความ อ่านและทำความเข้าใจข้อความอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา การกำหนดหัวข้อและจัดประเด็นสำคัญ มีการกำหนดหัวข้อตามเนื้อหาที่ปรากฏ จัดประเด็นสำคัญและตั้งเป็นดัชนี มีการจัดระบบและแยกหมวดหมู่ การจัดระบบรหัสของแต่ละประเด็น การจำแนกประเด็น ออกเป็นหมวดหมู่ พร้อมให้ความหมายของแต่ละหมวดหมู่ การสร้างข้อสรุป การสรุปจากดัชนี หมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด (Elo et al., 2014)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ของ Polit and Beck (2021) ที่กำหนดไว้ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ถูกต้อง โดยสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่วิจัยและใช้เวลาศึกษานานเพียงพอ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำ และยืนยันข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบความถูกต้องและความอึดตัวของข้อมูล 2) การตรวจสอบความคงที่ของข้อมูล (dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระ อภิปรายประเด็นร่วมกับผู้ร่วมวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนและการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบร่องรอย ผลสรุปด้วย peer review และ debriefing เพื่อให้ประเด็นหลักและสาระสอดคล้องกัน 3) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลุ่มลึกและชัดเจน (thick description) และเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังกลุ่มเป้าหมายในบริบทการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง และ 4) การยืนยันข้อมูลที่ปราศจากอคติ (confirmability) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ในการประกอบผลการวิจัย และยืนยันผลการวิจัยด้วยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และข้อมูลมีความลุ่มลึก ชัดเจน ซึ่งสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน สามารถจำแนกออกเป็น 2 แก่นสาระ คือ 1) ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านการจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ฉุกเฉิน และ 2) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือ ระบบการดูแลที่มีอยู่แล้วในชุมชน และนโยบายของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลแบบรอบด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นตรงกันว่า ผู้สูงอายุในหมู่บ้านประสบปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ การติดเชื้อ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องลงงานหรือลาออกจากงานเพื่อดูแลพวกเขา นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ส่งผลให้การเข้ารับการรักษาล่าช้า อีกทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็มีระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน จึงมีข้อเสนอให้แพทย์ลงพื้นที่ตรวจที่ รพ.สต.บ่อยขึ้น ขณะเดียวกัน

ผู้สูงอายุหลายคนต้องการออกกำลังกายแต่ขาดสถานที่ที่เหมาะสม จึงมีข้อเรียกร้องให้มีการจัดสร้างลานออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อโรคภัย นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากในชุมชนที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง จึงควรมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเชิงป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง และมีอายุยืนยาวโดยปราศจากโรคภัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“เห็นคนแก่ในหมู่บ้านสุขภาพไม่ดี อยากให้คนแก่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เพราะถ้าคนแก่ป่วย หรือช่วยตัวเองไม่ได้ คนที่ดูแลก็จะต้องลางานหรือลาออกจากงานมาดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ตอนนั้นมีคนไข้เยอะมากที่นอนยั ไปโรงพยาบาลก็รอนาน อยากให้มีหมอลงมาตรวจคนไข้ที่นอนยับ่อยๆ อาทิตย์ละ 2 หรือ 3 ครั้งก็ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ผู้สูงอายุบางคนอยากออกกำลังกายแต่ไม่มีสถานที่เพียงพอ อยากให้มีลานออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วยก็มีเยอะนะที่หมู่บ้าน ทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรงและมีชีวิตยืนยาวอยู่อย่างปลอดภัย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

1.2 ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสุขภาพทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยต้องการให้ผู้สูงอายุมีความสุข อารมณ์ดี ได้รับประทานอาหารอิ่มท้อง และมีที่พักอาศัยที่อบอุ่น นอกจากนี้ยังต้องการให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา เติบโตด้วยเสียงหัวเราะและรอยยิ้ม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้ การดูแลจากลูกหลานถือเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ลูกหลานอยู่เคียงข้าง คอยดูแลเอาใจใส่ และมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ เพื่อให้พวกเขารู้สึกถึงความรัก ความอบอุ่น และมีคุณค่าในครอบครัวและสังคม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผู้สูงอายุอยู่บ้านเฉยๆ หรือบางคนก็ช่วยเหลือหลาน ลูกๆ หลานๆ ทำงานเลี้ยงดูและอยากให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดี กินอิ่ม นอนอุ่น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“คนแก่หลายคนมักจะอารมณ์เสีย ขี้บ่น จู้จี้ ทำอย่างนั้นอย่างนี้ ทำอะไรก็ไม่ค่อยถูกใจ ทำให้ตัวเองเครียด อยากให้คนแก่มีแต่เสียงหัวเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส จะได้สบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ผู้สูงอายุตอนที่เขาแข็งแรงก็เลี้ยงดูลูกหลานมาตลอด ตอนนี้แก่แล้ว ไม่อยากเห็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“อยากให้ลูกหลานคอยอยู่ข้างๆ มีคนพูดคุยด้วยจะได้ไม่เหงา ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ อารมณ์ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ผู้สูงอายุบางคนลูกหลานอยู่ไกล กลับมานานๆ ครั้ง อยากให้ลูกหลานมาเยี่ยมเยียนและมาหาบ่อยๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

1.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และต้องการให้สังคมให้การยอมรับและเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพและการดูแลจากชุมชนอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดให้มีทางเดินที่ปลอดภัย หอ่งน้ำที่สะดวกต่อการใช้งาน และที่นั่งพักที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบาย และปลอดภัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“เราควรให้ความสำคัญกับคนทุกวัย แต่บางครั้งดูเหมือนจะละเลยผู้สูงอายุ อยากให้สังคมยอมรับ และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ไปบางที่ไม่มีห้องน้ำและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ อยากให้จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีทางเดิน หอ่งน้ำ ที่นั่งสะดวกปลอดภัย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

1.4 ด้านการจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการสนับสนุนด้านการเดินทางสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดให้มีรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมักประสบปัญหาในการเดินทางเพื่อรับ

การรักษา ทั้งยังต้องการให้มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลืออย่าง ทันทีทันใด นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอให้ อบต. จัดกิจกรรม ที่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุในโอกาสสำคัญต่าง ๆ เช่น เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เข้าพรรษา งานกีฬาหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมและสร้างความสุข ให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดเตรียมรถฉุกเฉินไว้เพื่อ ช่วยเหลือประชาชนในกรณีเร่งด่วน เพื่อให้สามารถ เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้มีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุไปหาหมอที่ รพ. ตรงนี้คนจนลำบากมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“อยากให้ อบต. จัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับ ผู้สูงอายุ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ เข้าพรรษา งานกีฬา หมู่บ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงาน กันหมด ไม่มีคนอยู่ด้วยในเวลากลางวัน อยากให้มีคน ดูแลผู้สูงอายุเวลาที่เจ็บป่วยก่อนที่จะลูกหลานจะกลับมา บ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“คนจนไม่มีรถ เวลาเจ็บป่วยลำบากมาก อยากให้ อบต. มีรถฉุกเฉินช่วยเหลือประชาชน” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 14)

2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ให้ข้อมูล ทุกคนให้ความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 ระบบการดูแลที่มีอยู่แล้วในชุมชน ผู้ให้ ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ในชุมชนมีระบบการดูแล ผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การจัดตั้ง ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลและสนับสนุน กันเองภายในชุมชน การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้เบี้ยยังชีพ การซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีฐานะยากจน และการมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคภัย การสนับสนุน การสร้างอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้พวกเขาสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

ดังคำพูดต่อไปนี้

“ในชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีการ จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการ ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ ที่ยากไร้ แต่ควรมีความต่อเนื่องและให้ความสำคัญ มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ระบบการดูแลที่มีอยู่ ควรเน้นการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุให้ปลอดภัยโรคภัยไข้เจ็บ ทั้งในผู้สูงอายุที่ ป่วยและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือส่งเสริมการสร้าง อาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการสร้างระบบนี้ให้ชัดเจน สร้างอาชีพและสามารถหารายได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

2.2 นโยบายของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า ชุมชนมีนโยบาย ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพกายที่แข็งแรง จิตใจที่ผ่อนคลาย และสามารถ ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีคุณค่า นอกจากนี้ยังให้ การสนับสนุนการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความสะดวกสบาย แม้ว่าจะยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน แต่มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งชุมชนยังให้ความสำคัญกับนโยบาย สนับสนุนครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจาก ปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย ในพื้นที่ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ชุมชนมีนโยบายส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ สุขกายสบายใจ สูงวัยอย่างมีคุณค่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสำหรับผู้สูงวัย เป็นอีกอย่างที่ชุมชนให้การสนับสนุน แต่รายได้ทำได้ ไม่ครบถ้วน ค่อยเป็นค่อยไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“นโยบายสนับสนุนครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ สูงวัย เป็นสิ่งที่ชุมชนให้ความสำคัญอย่างมาก เพราะ เป็นปัญหาที่พบมากในชุมชนของเรา” (ผู้ให้ข้อมูล

คนที่ 15)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เป็นเรื่องที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ในสังคมที่จะให้การดูแลและสนับสนุนในด้านต่างๆ ในการพัฒนาแนวทางและระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยต้องพิจารณาทุกด้านอย่างครบถ้วน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การดูแลแบบองค์รวม การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย ความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยากลำบาก เนื่องจากปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่มากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีระยะเวลารอคอยนาน ข้อเสนอในการส่งแพทย์ลงพื้นที่และสร้างลานออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุสะท้อนถึงความต้องการให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม นอกจากนี้ยังมีความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แข็งแรง และมีอายุยืนยาว สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยชนก บัวเจริญ, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, วริยา จันทร์ขำ, ฌัฐยานันท์ อังคะประเสริฐกุล, และศิริพร ฉายาทับ (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการระบบบริการสุขภาพที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ บริการฉุกเฉิน คลินิกผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในตำบลแบบครบวงจร เพื่อแก้ปัญหาการรอนานและความไม่สะดวกในการเดินทาง

และสอดคล้องกับการศึกษาของอมร สุวรรณนิมิตร, นงเยาว์ มีเทียน, และสุภาพร อาญาเมือง (2561) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุต้องการให้มีการดูแลช่วยเหลือ โดยต้องการให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้คำแนะนำและคำปรึกษาด้านสุขภาพ

ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม การดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการให้ความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว และการไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ความต้องการให้ลูกหลานคอยดูแลและเยี่ยมเยียนเป็นประจำ สะท้อนถึงความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และการดูแลที่เต็มไปด้วยความรัก ความอบอุ่น ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาดา คำสุชาติ (2560) ที่พบว่า ความต้องการด้านครอบครัว คือ ต้องการให้ลูกหลานรัก เอาใจใส่ ให้ความใกล้ชิด ขยอถนอมถนอม และยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มองเห็นคุณค่าของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hussain et al. (2023) ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งภายในบ้านและที่สาธารณะเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณา การจัดทำทางเดินที่ปลอดภัย การจัดห้องน้ำที่สะดวก การจัดทำที่นั่งพักที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบายและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของบัวลั่น หินแก้ว และชนิษฐา นันทบุตร (2566) ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชนพบปัญหาด้านสภาวะแวดล้อม โดยสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือการพลัดตกหกล้ม และสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิษฐ์ บุญรอดชู, อุไร จเรประพาฬ, กำไล สมรักษ์, และรุ่งนภา บุญรอดชู (2564) ที่พบว่า ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มเนื่องจากบ้านพักไม่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีความต้องการให้สังคมให้การยอมรับและเอาใจใส่ผู้สูงอายุเพื่อให้พวกเขารู้สึกมีคุณค่าและได้รับความเคารพจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของพานิษฐ์ คำมุงคุณ, พรสวรรค์ ศิริกาญจนภรณ์, และพรกมล ระหาญนอก (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ และการให้อภัย และต้องการมีกิจกรรมทางสังคม บทบาททางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของวลยา ตูพานิช, สุธิกาญจน์ ไชยลาภ, และกิตติ ไชยลาภ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการได้รับการยกย่องจากสังคม

ด้านการจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะการจัดบริการรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทันทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการจัดเตรียมรถฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่คอยดูแลในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของบัวหลั่น หินแก้ว และชนิษฐา นันทบุตร (2566) ที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความยากลำบาก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และขาดผู้ดูแลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยชนก บัวเจริญ และคณะ (2558) ที่พบว่า มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุโดยการปรับระบบเจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง กรณีฉุกเฉินมีการประสานงานกับเทศบาล ให้กลุ่มชุมชนผู้พิทักษ์อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จัดเตรียมรถบริการฉุกเฉินรับ-ส่งผู้สูงอายุไปตรวจตามนัด และรักษาฉุกเฉินที่โรงพยาบาล

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนที่มีความเข้มแข็งสามารถช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทำให้ระบบการดูแลมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ดังนี้

ระบบการดูแลที่มีอยู่แล้วในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าชุมชนมีการดำเนินการที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลภายในชุมชน การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ การซ่อมแซมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนในการสร้างอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ มาลาศรี และภัทรธิดา ผลงาม (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจ คือ มีความต้องการเพิ่มรายได้ลดรายจ่ายในครอบครัว โดยการประกอบอาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางการตลาด การพัฒนาสินค้า ช่องทางการจัดจำหน่าย รวมทั้งความรู้เรื่องการเงิน การเพิ่มเบี้ยคนชรา และการสนับสนุนด้านเงินทุนอื่นๆ

นโยบายของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีคุณค่าและสุขภาพดี แม้ว่าจะยังไม่ครบถ้วนในทุกด้าน แต่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสม การสร้างครอบครัวอบอุ่น เพื่อป้องกันปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ โดยชุมชนสามารถส่งเสริมให้เกิดโครงการหรือมาตรการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ จันทรวิธาวาท, นวรัตน์ บุญนาน, และสุภาพร สุโพธิ์ (2558) ที่พบว่า การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอแควดำ จังหวัดมหาสารคาม เกิดการขับเคลื่อนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านทุกตำบล เป็นชมรมผู้สูงอายุในอำเภอที่เข้มแข็ง โดยมี

ชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอเป็นพี่เลี้ยงทุกตำบล และภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้าใจและเข้าถึงกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, และสุพิตรา เสด์ฉันทะกุล (2562) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยสามารถกล่าวได้ว่า การบูรณาการที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการจัดการในภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย สุขภาพ และบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลที่หลากหลาย ทำให้แนวทางการดูแลแบบทั่วไปไม่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้อย่างครอบคลุมเพียงพอ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการมีระบบสนับสนุนในระดับชุมชนที่เข้มแข็ง การพัฒนานโยบายท้องถิ่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง และการเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลทั้งในระดับครอบครัวและอาสาสมัครชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้าถึงและยั่งยืน

ข้อเสนอจากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพไม่สามารถฝากไว้กับผู้สูงอายุหรือครอบครัวเพียงลำพังเท่านั้น ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งผู้นำท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ล้วนมีความจำเป็น เพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทชุมชน และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้อย่างแท้จริง สามารถกล่าวได้ว่า การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม การสื่อสารที่

เปิดกว้าง และการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนและเป็นธรรม มีความจำเป็นเร่งด่วนและพึงให้ความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างครอบคลุม ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกช่วงวัยในครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เช่น โปรแกรมครอบครัวสามวัย ใส่ใจผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งควรจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตในวัยสูงอายุ การจัดการภาวะฉุกเฉินและความเสี่ยง เช่น การหกล้ม ภาวะหมดสติ การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชนให้ปลอดภัยและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลและระบบสนับสนุนในกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ที่มีลักษณะความต้องการคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกันในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนานโยบายหรือโมเดลการดูแลในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนและตอบสนองบริบทเฉพาะของแต่ละท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- เครือวัลย์ มาลาศรี, และภัทรธิดา ผลงาม. (2559). การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 11(2), 25-38.
- นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, และชญาภา บุญลือ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 13-24.
- บัวหลั่น หินแก้ว, และชนินฐา นันทบุตร. (2566). ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 24(2), 1-19.
- พานิชย์ คำมุงคุณ, พรสวรรค์ ศิริกัญจนารณ์, และพรกมล ระหาญนอก. (2562). ความต้องการและแนวทางพัฒนาบทบาทผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม ชุมชนบ้านทุ่งใหญ่ ตำบลภูกระดัง อำเภอกุกระดัง จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 14(48), 80-88.
- วัลยา ตูพานิช, สุทธิกาญจน์ ไชยลาก, และกิตติ ไชยลาก. (2562). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมือง. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(เพิ่มเติม), S83-S92.
- สมพงษ์ จันทรโอวาท, นวรัตน์ บุญนาน, และสุภาพร สุโพธิ์. (2558). การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอแควดำ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(2), 129-134.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *ประกาศสถิติจำนวนประชากรประจำปี*. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

- สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, และสุพิตรา เสดวัฒนะกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสันม จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(4), 38-49.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1156-1164.
- หทัยชนก บัวเจริญ, จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, วริยา จันทรจำ, ณัฐธยาน์ อังคะประเสริฐกุล, และศิริพร ฉายาทับ. (2558). การพัฒนาระบบและกลไกการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 97-107.
- อมร สุวรรณนิมิตร, นงเยาว์ มีเทียน, และสุภาพร อาญาเมือง. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม (ฉบับพิเศษการประชุมพยาบาลครั้งที่ 25)*, 46-53.
- อาทิตย์ บุญรอดชู, อุไร จระประพาพ, กำไล สมรักษ์, และรุ่งนภา บุญรอดชู. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบสมรรถนะของชุมชนท้องถิ่น ตำบลคีรีวง อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 171-180.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1). doi: 10.1177/2158244014522633

- Hussain, B., Mirza, M., Baines, R., Burns, L., Stevens, S., Asthana, S., & Chatterjee, A. (2023). Loneliness and social networks of older adults in rural communities: A narrative synthesis systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1113864. doi:10.3389/fpubh.2023.1113864
- Husserl, E. (2019). *The phenomenology of internal time-consciousness*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
-

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน* Effect of the Empowerment Enhancement Program for Caregivers on Positive Discipline among Preschool Children*

สุวรรณา หมูจุน, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Suwanna Moojun, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

จุฑามาศ โชติบาง, ป.ร.ด. (การพยาบาล)²

พัชรวิ วรรณกิจพูนผล, ป.ร.ด. (การพยาบาล)³

Jutamas Chotibang, Ph.D. (Nursing)²

Patcharee Woragidpoonpol, Ph.D. (Nursing)³

Received: February 22, 2025

Revised: May 5, 2025

Accepted: May 30, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 38 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .89 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ independent *t*-test

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: moojunza@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 31.807, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.452, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ครูปฐมวัยควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้ดูแลมีการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน
ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the empowerment enhancement program for caregivers on positive discipline among preschool children. The participants consisted of 38 caregivers for preschool children who lived in Ontai Sub-district, San Kamphaeng District, Chiang Mai Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 19$) and a control group ($n = 19$). The research instruments included an empowerment enhancement program for caregivers on positive discipline among preschool children, a personal information record form, and a positive discipline assessment form with a reliability of .89. The implementation and data collection were conducted from April to June 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired t -test, and independent t -test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of positive discipline among preschool children than before the experiment ($t = 31.807, p < .001$); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of positive discipline among preschool children than the control group ($t = 27.452, p < .001$).

This research suggests that preschool teachers should adopt this empowerment enhancement program for caregivers of preschool children in child development centers. This will help the caregivers perform effective positive discipline among preschool children.

Keywords: Empowerment enhancement program, Positive discipline among preschool children, Caregivers of preschool children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี เป็นช่วงวัยเริ่มต้นของการเรียนรู้ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (ปราวณี เมืองน้อย, สุชาติพิทย์ เอมเปรมศิลป์, พัญญ์ โรจน์นพามงคล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และอิสราภา ชื่นสุวรรณ, ม.ป.ป.) โดยเฉพาะพัฒนาการทางสมองที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จากนั้นจะค่อนข้างคงที่ไปตลอดชีวิต (ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, 2563) ซึ่งพัฒนาการที่ดีของเด็กวัยก่อนเรียนเกิดจากผู้ดูแลให้การอบรมเลี้ยงดูโดยตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เหมาะสมตามวัย และส่งเสริมความมีระเบียบวินัยโดยวิธีการที่ปราศจากการใช้ความรุนแรง จากสถานการณ์ปัจจุบันในช่วงศตวรรษที่ 21 การสร้างวินัยเชิงบวก (positive discipline) นับเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมองและการพัฒนาศักยภาพของเด็ก แต่จากการศึกษาพบว่ามีการกระทำต่อเด็กโดยใช้ความรุนแรงมากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจการเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้ดูแลใช้วินัยเชิงลบกับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูเนสโก (UNESCO, 2015) ได้ให้คำนิยามการใช้วินัยเชิงลบว่า เป็นการควบคุมพฤติกรรม ใช้คำสั่งหรือวิชีลงโทษเด็กหากเด็กทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เด็กจะรู้สึกภูมิใจในตนเองต่ำและรู้สึกเสียเกียรติ ทำให้สมองไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ เป็นผลให้จัดการกับสภาวะทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ทั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลใช้การลงโทษในเด็กวัยก่อนเรียนมากกว่าร้อยละ 80 และเด็กเคยถูกผู้ดูแลทำร้ายทางจิตใจด้วยคำพูดมากกว่าร้อยละ 70 (องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2559) โดยมีเหตุจูงใจเพียงเพราะผู้ดูแลต้องการควบคุมพฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียน นอกจากนี้ยังพบว่า การตีและการดูว่ากล่าวที่ก่อให้เกิดความอับอายและความเจ็บใจ จะทิ้งร่องรอยบาดแผลในรูปแบบประสบการณ์ที่เลวร้ายไว้ให้กับเด็ก และส่งผลต่อพัฒนาการทางสมอง (ประเสริฐ

ผลิตผลการพิมพ์, 2563) แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทยยังคงได้รับการดูแลโดยใช้วินัยเชิงลบ ดังนั้น การสร้างวินัยเชิงบวกจึงนับเป็นวิธีการหนึ่งของการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

การสร้างวินัยเชิงบวกเป็นการปฏิบัติต่อเด็กโดยปราศจากการใช้ความรุนแรงทั้งทางวาจาและการกระทำ ให้ความเคารพในสิทธิของเด็ก เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเด็ก มุ่งเน้นการพัฒนาเด็กโดยคำนึงถึงพัฒนาการของเด็กทั้งด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นวิธีที่ไม่มีการลงโทษเด็ก แต่เป็นการชี้แนะ ให้เหตุผล เป็นการเลี้ยงดูเด็กด้วยความเข้าใจ มีการให้เกียรติและการยอมรับโดยให้เด็กมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง (Nelsen, Erwin, & Duffy, 2007) จากการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้วินัยเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการทางสมอง สังคม อารมณ์ การสื่อสาร และพฤติกรรม โดยเด็กที่ได้รับการสร้างวินัยเชิงบวกจะมีความสามารถทางเชาว์ปัญญา รวมถึงการคิด การเชื่อมโยง การใช้เหตุผล สูงกว่าเด็กที่ไม่ได้ถูกเลี้ยงดูด้วยวินัยเชิงบวก (ปิยวลี ธนเศรษฐกร และปณิดา ธนเศรษฐกร, 2556) มีความพร้อมในการเรียนในโรงเรียน และมีปัญหาพฤติกรรมน้อยลง (จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, และระบบ เนตรทิพย์, 2562) อีกทั้งการสร้างวินัยเชิงบวกของครูและผู้ดูแลทำให้เด็กเพิ่มความสามารถด้านการศึกษาและพัฒนาความสามารถทางอารมณ์และสังคม เด็กสามารถควบคุมตนเอง และปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Kersey, 2006) จะเห็นได้ว่า การเลี้ยงดูเด็กด้วยการสร้างวินัยเชิงบวกมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างยิ่ง (นัยพินิจ คชภักดี, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยในการส่งเสริมการสร้างวินัยเชิงบวกให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยก่อนเรียน และเทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวกหรือการจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล (American Academy of Pediatrics, 1998) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนพบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างวินัยเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในการสร้างวินัยเชิงบวกในระดับสูง โดยทั้งสองปัจจัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน แสดงว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน ปัจจุบันจึงมีการอบรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างวินัยเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแลอยู่เสมอ (มัทรี พงศ์สัมพันธ์, 2563) อย่างไรก็ตาม การสร้างวินัยเชิงบวกยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลยังขาดการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการสร้างวินัยเชิงบวก ขาดการมีส่วนร่วม ไม่ได้ทำกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้กับลูก ในขณะเดียวกัน การเข้าถึงหนังสือสำหรับเด็กซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้และจินตนาการ ยังเป็นไปอย่างจำกัด (สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย, 2563) จากการสำรวจขององค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย พบว่า บิดาและมารดาร้อยละ 70 ไม่ได้ทำกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้กับลูก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 59 มีหนังสือเด็กที่บ้านไม่ถึง 3 เล่ม (องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2560) ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการสร้างวินัยเชิงบวกได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลสำหรับการสร้างวินัยเชิงบวกแก่เด็กวัยก่อนเรียน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ของ Gibson (1991) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเสริมสร้างให้บุคคล กลุ่มคน ชุมชน และองค์กร ได้พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถสำหรับควบคุมตัดสินใจ ตลอดจนสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ (Hyun, Nam, & Kim, 2019) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflective) 3) การตัดสินใจเลือก

วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) หากผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้มีความสามารถ เกิดความมั่นใจ และรู้สึกรว่าตนเองมีพลังอำนาจในการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งคาดว่าโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจของตนเอง มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการสร้างวินัยเชิงบวก ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยก่อนเรียน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการสร้างวินัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีการสร้างวินัยเชิงบวกที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

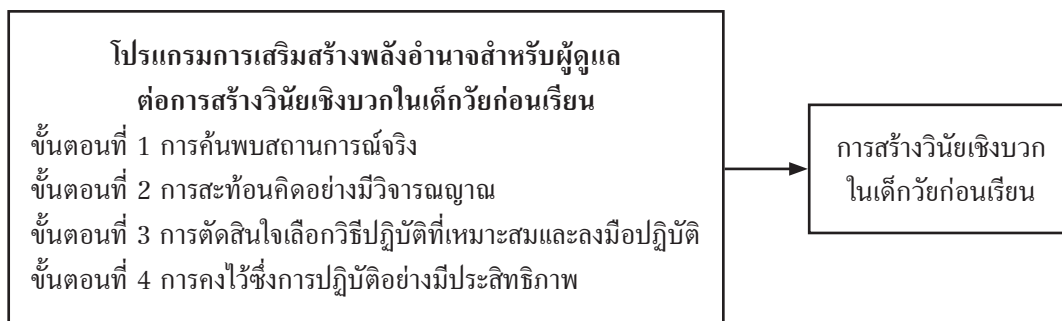
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ ทำความเข้าใจข้อมูลและปัญหาที่พบในการสร้างวินัยเชิงบวก ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจปัญหาคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและ

ลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและดีที่สุดโดยใช้เหตุผลของตนเอง ซึ่งการตัดสินใจนั้นเป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้กับตนเองได้ เป็นวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลปฏิบัติการสร้างวินัยเชิงบวกแก่เด็กวัยก่อนเรียนด้วยความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการสร้างวินัยเชิงบวกที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติการสร้างวินัยเชิงบวกได้อย่างถูกต้อง ทำให้รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น และสามารถสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาล

ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–60 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก 2) ได้ดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 5) ยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลัก การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1992) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดย กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดสูง เท่ากับ .88 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจ การทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 34 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 19 คน รวม จำนวน 38 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมโดยจับคู่ตามอายุ และระดับการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อ การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที เป็นขั้นตอน การค้นพบสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจข้อมูล และปัญหาที่พบในเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกต้อง ยอมรับ เหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความ เป็นจริง ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสภาพ ปัญหาการเลี้ยงดูและพฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูโดยใช้วินัยเชิงลบ สื่อที่ใช้ คือ วิดีทัศน์ และคู่มือการสร้างวินัยเชิงบวกของผู้ดูแล เด็กวัยก่อนเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ประกอบด้วยสาระ และภาพประกอบเกี่ยวกับ ความหมายและลักษณะ ของเด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ความหมายและความสำคัญของการสร้างวินัยเชิงบวก

ในเด็กวัยก่อนเรียน และหลักการและเทคนิคการสร้าง วินัยเชิงบวก) 2) ผู้วิจัยให้เปรียบเทียบลักษณะของเด็ก วัยก่อนเรียนที่ได้รับการสร้างวินัยเชิงบวกกับที่ได้รับ การสร้างวินัยเชิงลบ และ 3) ผู้วิจัยให้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน

กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที เป็นขั้นตอน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิด ความตระหนักถึงการสร้างวินัยเชิงบวก อันนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยบรรยายความหมายและลักษณะของเด็กวัย ก่อนเรียน พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน และความหมาย และความสำคัญของการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัย ก่อนเรียน สื่อที่ใช้ คือ ภาพนิ่ง พร้อมแจกลูกมือการสร้าง วินัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 2) ผู้วิจัยให้ เปรียบเทียบลักษณะของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับฟัง จากการบรรยายกับเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในความดูแล ของตนเอง 3) ผู้วิจัยให้เล่าประสบการณ์การสร้างวินัย เชิงบวก และสะท้อนคิดถึงผลดีของการสร้างวินัยเชิงบวก ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการสร้าง วินัยเชิงบวก ผลกระทบของการไม่สร้างวินัยเชิงบวก และให้บอกวิธีการที่ใช้ในการสร้างวินัยเชิงบวก 4) ผู้วิจัย นำเสนอหลักการและเทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก สื่อที่ใช้ คือ ภาพนิ่ง และ 5) ผู้วิจัยให้พูดคุยกันเกี่ยวกับ วิธีการสร้างวินัยเชิงบวกที่ควรนำมาใช้

กิจกรรมที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที เป็นขั้นตอน การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการสร้าง วินัยเชิงบวกที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้เลือกวิธี การสร้างวินัยเชิงบวกที่เหมาะสม และให้ซักถามข้อสงสัย และ 2) ผู้วิจัยให้จัดทำแผนการจัดกิจกรรมการสร้างวินัย เชิงบวกตามตารางเวลากิจกรรมของเด็กหรือลักษณะ พฤติกรรมของเด็ก โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และแจ้งให้ ดำเนินงานตามแผนการจัดกิจกรรมที่จัดทำขึ้น โดยมอบ

QR code และให้เข้ากลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ “การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการสร้างวินัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน” พร้อมส่งคู่มือการสร้างวินัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งจัดทำเป็นสื่อดิจิทัลในกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ และอธิบายวิธีการใช้

กิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที เป็นขั้นตอนการทบทวนซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการสร้างวินัยเชิงบวก รู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ มีความสามารถที่จะทบทวนซึ่งพฤติกรรมที่แก้ไขปัญหานั้น ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ดำเนินงานตามแผนการจัดกิจกรรมที่จัดทำขึ้น และติดตามการสร้างวินัยเชิงบวกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (รวมจำนวน 6 ครั้ง) ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ หรือการโทรศัพท์ 2) ผู้วิจัยให้เล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ วิธีการจัดการปัญหาและอุปสรรค และ 3) ผู้วิจัยให้คำปรึกษา กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 5 ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในการสร้างวินัยเชิงบวก และให้เสนอแนวทางแก้ปัญหาและอุปสรรค และ 2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ เสริมสร้างความมั่นใจในการสร้างวินัยเชิงบวก กล่าวชมเชยว่าเป็นผู้มีความสามารถ มีความเอาใจใส่ และมีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่ดี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลเด็กในรอบวัน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างวินัยเชิงบวก เพศของเด็ก และอายุของเด็ก จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ มัทรี พงศ์สัมพันธ์ (2563) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยเลย เกิดขึ้นน้อยครั้ง เกิดขึ้นบางครั้ง และเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสร้างวินัยเชิงบวกในระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และในระดับสูง (61-80 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน และคู่มือการสร้างวินัยเชิงบวกของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านพัฒนาการเด็ก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาจารย์พยาบาลด้านกุมารเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กวัยก่อนเรียน (2 คน) และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาล 1 กิตติขจร อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 012/2565 วันที่ 4 มีนาคม 2565) และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากเทศบาลตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง

จังหวัดเชียงใหม่ (หนังสือ เลขที่ อว8393(7)/1071 วันที่ 31 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลออนใต้ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมด ก่อน โดยในสัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลออนใต้ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัย ก่อนเรียน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา ประมาณ 20 นาที จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-7 ให้ดูแล เด็กวัยก่อนเรียนตามปกติ

3. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็น รายบุคคลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลออนใต้ ให้ตอบแบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็ก วัยก่อนเรียน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา ประมาณ 15 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็น รายบุคคลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลออนใต้ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล และแบบประเมินการสร้างวินัยเชิงบวกใน ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ได้รับโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัย เชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน โดยในวันที่ 1 ให้เข้าร่วม กิจกรรมที่ 1 และในวันที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3

5. ในสัปดาห์ที่ 10-15 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

6. ในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็น รายบุคคลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลออนใต้ ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 5 จากนั้นให้ตอบแบบประเมิน การสร้างวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน หลัง การทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะ ข้อมูล การเปรียบเทียบการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก วัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจาก ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบ การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วย สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจาย แบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 30-34 ปี และ 35-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 32.90 ปี ($SD = 3.86$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.37 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส คือ อยู่ด้วยกันและจดทะเบียนสมรส คิดเป็น

ร้อยละ 68.42 ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000–15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 ทั้งหมดมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลเด็กในรอบวันอยู่ในช่วง 17–24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 73.68 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเด็กในรอบวันเฉลี่ย 19.32 ชั่วโมง ($SD = 7.36$) ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างวินัยเชิงบวก คิดเป็นร้อยละ 78.95 เด็กเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.89 และเด็กมีอายุ 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.63 โดยมีอายุเฉลี่ย 3.58 ปี ($SD = .69$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.47 มีอายุอยู่ในช่วง 30–34 ปี และ 35–39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 32.90 ปี ($SD = 3.86$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.37 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ อยู่ด้วยกันและจดทะเบียนสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.16 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ

89.47 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.10 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000–15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.58 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 89.47 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลเด็กในรอบวันอยู่ในช่วง 17–24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 78.95 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเด็กในรอบวันเฉลี่ย 20.74 ชั่วโมง ($SD = 5.26$) ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างวินัยเชิงบวก คิดเป็นร้อยละ 63.16 เด็กเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.89 และเด็กมีอายุ 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.63 โดยมีอายุเฉลี่ย 3.60 ปี ($SD = .79$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 31.807, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	19	46.89	3.21	31.807	< .001
หลังการทดลอง	19	73.21	1.65		

3. การเปรียบเทียบการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.452, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 19)		กลุ่มควบคุม (n = 19)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	46.89	3.21	45.37	3.95	1.307	.199
หลังการทดลอง	73.21	1.65	45.00	4.16	27.452	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยมีการให้ความรู้เรื่องสภาพปัญหาการเลี้ยงดู พฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียน ความสำคัญของการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน หลักการและเทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก ให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงผลดีของการสร้างวินัยเชิงบวก ให้ร่วมกันเลือกวิธีการสร้างวินัยเชิงบวกที่เหมาะสม และให้จัดทำแผนการจัดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกตามบริบทของเด็กในความดูแล โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและกระตุ้นให้ดำเนินงานตามแผนการจัดกิจกรรมที่จัดทำขึ้น มีการติดตามการสร้างวินัยเชิงบวกเป็นระยะผ่านทาง

แอปพลิเคชันไลน์หรือการโทรศัพท์ ซึ่งนับเป็นระบบปรึกษาที่มีการนำเทคโนโลยีมาร่วมบูรณาการในการส่งเสริมการสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อเป็นแหล่งการให้ความรู้ เผยแพร่ข้อมูล และแจ้งผลการดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้ยังมีการให้ผู้ดูแลถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ วิธีการจัดการปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลย้อนกลับกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ข้างต้น ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการทบทวนตนเอง ตระหนักถึงผลดีของการอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยการสร้างวินัยเชิงบวก เรียนรู้ช่องทางหรือแหล่งที่สามารถสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม มีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมในการสร้างวินัยเชิงบวกที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน นอกจากนี้ยังได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น สอบถามปัญหาได้โดยตรง และได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้สามารถจัดการปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน รู้สึกมีพลังอำนาจในความสามารถของตนเองในการสร้างวินัยเชิงบวก สามารถสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนได้ และสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤดา สวนแก้ว (2565) ที่พบว่า หลังการทดลอง บิดามารดาหรือผู้ปกครองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของครอบครัว มีระดับการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสายตาของเด็กวัยเรียนที่ใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัลมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ และคณะ (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยมากกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ครูปฐมวัยควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลมีการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มอื่น เช่น กลุ่มที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก เช่น ปู่ย่าตายาย

เอกสารอ้างอิง

จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, และระบอบ เนตรทิพย์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 6(1), 70-85.

นัยพินิจ คชภักดี. (2557). Neuroscience: Scientific bases of brain-mind-behaviour and development of neuroscience research and education for Thailand. ใน *เอกสารการประชุมสัมมนาวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง การพัฒนาศาสตร์งานวิจัยเกี่ยวกับสมอง จิตใจ และพฤติกรรม* (น. 1-15). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2563). *เลี้ยงลูกให้ได้ดี 1-200*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์คิดส์.

ปราณี เมืองน้อย, สุรชาติย์ เอ็มเปรมศิลป์, พญ. ไรจน์ม หามงคล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และอิสราภา ชื่นสุวรรณ. (บ.ก.). (ม.ป.ป.). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็กตอน เด็กวัยอนุบาล 3-6 ปี*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

ปิยวลี ธนเศรษฐกร, และปนัดดา ธนเศรษฐกร. (2556). *สรุปย่ออบรมเรื่องหลักการการสร้างวินัยเชิงบวก*. กรุงเทพฯ: สมาคมอนุบาลศึกษาแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

มัทรี พงศ์สัมพันธ์. (2563). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างวินัยเชิงบวก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. (2563). *สถานการณ์พัฒนาการเด็กไทยจากการสุ่มสำรวจ ปี 2563*. สืบค้นจาก <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50>

สุกฤตา สวนแก้ว. (2565). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสายตาของเด็กวัยเรียนที่ใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2559). *การสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2560). *การพัฒนาเด็กปฐมวัย*. สืบค้นจาก <https://www.unicef.org/thailand/th>
- American Academy of Pediatrics. (1998). Guidance for effective discipline. *Pediatrics*, 101(4), 723–728. doi:10.1542/peds.101.4.723
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. Retrieved from https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower3-BRM-Paper.pdf
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
- Hyun, M. S., Nam, K. A., & Kim, H. (2019). Effects of a brief empowerment program for families of persons with mental illness in South Korea: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 8–14. doi:10.1080/01612840.2018.1453000
- Kersey, K. C. (2006). *The 101 positive principles of discipline*. Norfolk: Old Dominion University.
- Nelsen, J., Erwin, C., & Duffy, R. A. (2007). *Positive discipline for preschoolers*. New York: Harmony.
- UNESCO. (2015). *Embracing diversity: Toolkit for creating inclusive, learning-friendly environments* (3rd ed.). Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137522>

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก*

Effects of an Unsafe Motorcycle Riding Behavior Modification Program by Applying Transtheoretical Model among Adolescents in a High School in Phitsanulok Province*

กรกฎ อ่อนคำ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Khorokot Onkum, M.P.H. (Public Health)¹

ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ, ประ.ด. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)²

Ruedeerat Mahaboonpeeti, Ph.D. (Occupational Health and Safety)²

Received: February 22, 2025

Revised: April 2, 2025

Accepted: May 19, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 116 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 56 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามสมดุลงในการตัดสินใจเพื่อ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Instructor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ruedeeratm@nu.ac.th

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่น .77 และแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่น .84 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน repeated measures ANOVA (ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni) และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานศึกษาควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ไปใช้กับนักเรียนวัยรุ่น เพื่อให้ให้นักเรียนวัยรุ่นมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ วัยรุ่น

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of an unsafe motorcycle riding behavior modification program by applying transtheoretical model. The participants included 116 adolescents in a high school in Phitsanulok Province. They were divided into an experimental group ($n = 56$) and a control group ($n = 60$). The research instruments consisted of an unsafe motorcycle riding behavior modification program, a stage of readiness for change behavior questionnaire, a personal information questionnaire, a perceived self-efficacy in riding behavior questionnaire with a reliability of .84, a decisional balance in modification of riding behavior questionnaire with a reliability of .77, and a riding behavior questionnaire with a reliability of .84. The implementation and data collection were conducted from December 2022 to March 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, repeated measures ANOVA (multiple comparisons by the Bonferroni method), and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) at the 9-week post-test and the 12-week follow-up periods, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived self-efficacy in riding behavior, decisional balance in modification of riding behavior, and riding behavior than the pre-test period ($p < .001$); 2) at the 9-week post-test and the 12-week follow-up periods, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived self-efficacy in riding behavior, decisional balance in modification of riding behavior, and riding behavior than the control group ($p < .001$).

This research suggests that educational executives should apply this unsafe motorcycle riding behavior modification program to adolescent students. This will help adolescent students increase their safe motorcycle riding behavior.

Keywords: Transtheoretical model, Motorcycle riding behavior, Adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในแต่ละปีประชากรโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนมากถึง 1.35 ล้านคน โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในกลุ่มอายุ 15–29 ปี นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าการเสียชีวิตของประชากรโลกจากอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนจะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผลกระทบของอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติเป็นจำนวนมาก (World Health Organization [WHO], 2018) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2563 การเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศไทย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนมีพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ โดยในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15–24 ปี เป็นอันดับ 1 ในกลุ่มประเทศอาเซียน และสูงเป็นสองเท่าของอัตราเฉลี่ยทั่วโลก

(WHO, 2020) สำหรับจังหวัดพิษณุโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนมากถึง 5,723 ครั้ง พบการเสียชีวิตด้วยยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์มากถึงร้อยละ 92.40 โดยพบการเสียชีวิตมากที่สุดในช่วงอายุ 16–25 ปี ร้อยละ 27 และมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนเป็นอันดับ 1 ของภาคเหนือตอนล่าง (มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในมุมมองทางวิทยาการระบาดเกิดจากการเสียสมดุลของเหตุปัจจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือผู้ขับขี่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการขับขี่ ประสิทธิภาพในการขับขี่ ความบกพร่องทางร่างกาย 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากสภาพของรถจักรยานยนต์ ได้แก่ อุปกรณ์รถจักรยานยนต์ชำรุด การปรับแต่งรถจักรยานยนต์ และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพถนน สภาพแวดล้อมหรือสภาพโดยรอบของการขับขี่ การบังคับใช้กฎหมาย (วัชรพงษ์ เรือนคำ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2562) จากรายงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในช่วงปี พ.ศ. 2549–2557 ระบุว่า คดีอุบัติเหตุทางถนน

ร้อยละ 61 มีสาเหตุมาจากข้อบกพร่องของผู้ขับขี่โดยตรง หรือพฤติกรรมกำบังบัง เช่น การขับเร็วเกินกำหนด การเมาสุรา การหลับใน (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2562) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ พฤติกรรมการขับขี่ด้วยความเร็วสูง พฤติกรรมการดื่มของมึนเมาขณะขับขี่ พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ พฤติกรรมการไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการสวมใส่ที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการขับขี่ด้วยความประมาท และพฤติกรรมการขับขี่โดยไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร (นงคราญ ตาติคำ, 2558; พัทธนันท์ คงทอง และสมหญิง สุนทร, 2556; มงคล รัชชะ, 2560) การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยอันก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์โดยการจัดการเรียนการสอนภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (ฉัตรติมา คัมภีร์คุปต์, 2561) จึงควรมีแนวทางหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างอื่นเพิ่มเติม เพื่อลดความชุกของพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และลดการเกิดอุบัติเหตุ (คาริกา บิลโล๊ะ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2556; Truong, Nguyen, & De Gruyter, 2018)

วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสประสบอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนได้สูง เนื่องจากมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ที่เป็นอันตรายจากพฤติกรรมกำบังบังในระดับต่ำ แต่ประเมินความสามารถของตนเองไว้สูง (กาญจนากรอง สุธงคะ, 2559) อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถทำความเข้าใจเหตุผล สามารถพิจารณาสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง มีระบบความคิดเป็นของตนเองที่จะแยกแยะได้ จึงเป็นวัยที่มีความสำคัญ และเป็นวัยที่เหมาะสมในการปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้อง (ทิพวรรณ แสงทอง, 2557) อีกทั้งยังเป็นวัยที่จะเติบโตเป็นวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากเกิดอุบัติเหตุ

เสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเกิดจากพฤติกรรมกำบังบังรถจักรยานยนต์ที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย เศรษฐกิจเสียรายได้จากการขาดบุคลากรในการพัฒนาประเทศ (กมลวรรณ กลุ่มวงษ์, นิสากร กรุงไกรเพชร, และสุวรรณา จันทรประเสริฐ, 2562)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model [TTM]) หรือ stage of change model ของ Prochaska and Velicer (1997) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความตั้งใจ ความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น โดยเน้นที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จต้องใช้ระยะเวลา เนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างเกิดจากความเคยชิน หรือพฤติกรรมบางอย่างของบุคคลนั้นปฏิบัติจนเป็นนิสัย เช่น พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ยานพาหนะบนท้องถนน อาทิ การขับขี่ระยะทางไกลๆ โดยไม่สวมหมวกนิรภัย การฝ่าไฟแดงในกรณีไม่มียานพาหนะในเส้นทางการจราจรอื่น หากปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นประจำจะก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมความเคยชิน จนกระทั่งแสดงพฤติกรรมเสี่ยงจนเป็นนิสัย อันนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุได้ ทั้งนี้ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความรู้ เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติด หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยากอันเกิดจากความเคยชิน หรือพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ซึ่งตรงกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เป็นวัยที่เชื่อมั่นในตนเองสูงทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (ปิยะภัทร มานะสถิตพงศ์ และเอมอัชมา วัฒนบุรณน, 2558; พรรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557) จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของวัยรุ่นที่

เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะช่วยให้วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมากขึ้น อันนำไปสู่การลดการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

สมมติฐานการวิจัย

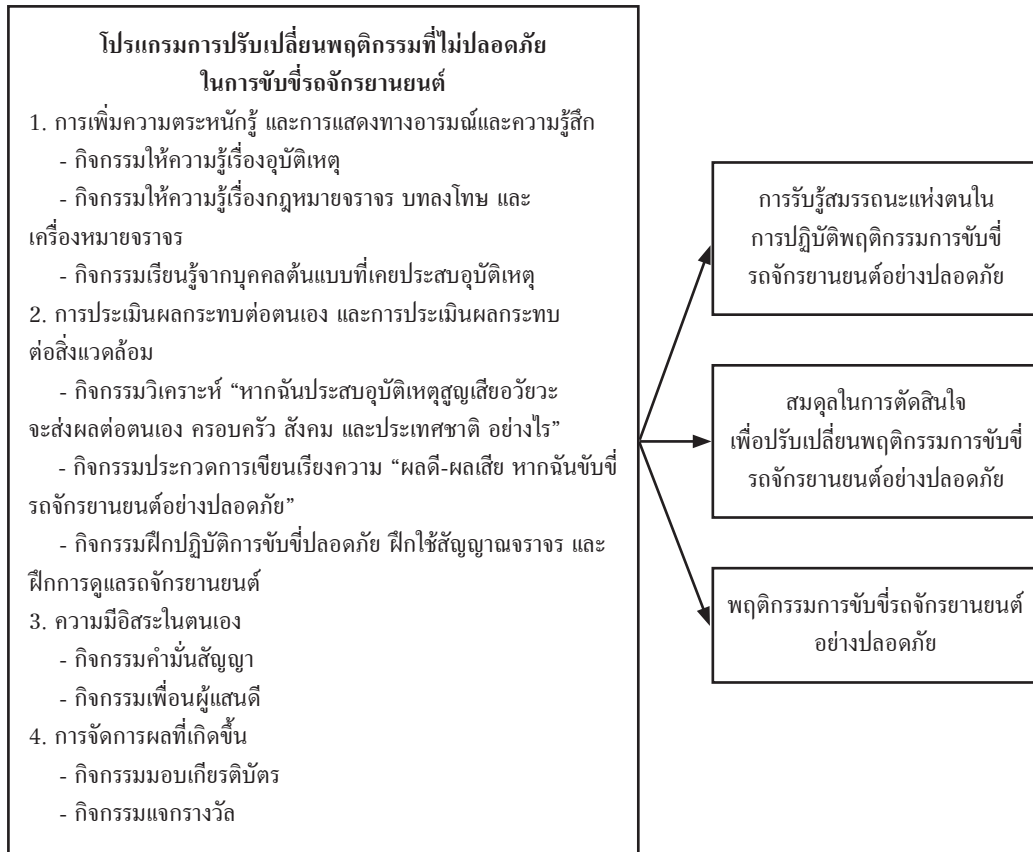
1. ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska and Velicer (1997) ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับชีรธจักรยานยนต์ ประกอบด้วยกระบวนการ ดังนี้ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ และการแสดงทางอารมณ์และความรู้สึก 2) การประเมินผลกระทบต่อนตนเอง และการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม 3) ความมีอิสระในตนเอง และ 4) การจัดการผลที่เกิดขึ้น โดยมีกิจกรรมที่ช่วยให้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ไม่ปลอดภัยได้รับความรู้ เกิดความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัย มีความต้องการในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม เกิดความคิด ความรู้สึกในผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้วัยรุ่นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และมีสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนขนาดกลางขึ้นไป สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 39 จังหวัดพิษณุโลก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 15–19 ปี 2) ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และมีใบขับขี่ 3) มีพฤติกรรมขับขี่

รถจักรยานยนต์ไม่ปลอดภัย โดยประเมินจากแบบสอบถามขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) และขั้นลังเลใจ (contemplation stage) 4) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .52 (คำนวณจากการศึกษาของ

วรรณวิชา ภูผิวก้าว, วิศิษฐ์ ทองคำ, และนันทวรรณ ทิพย์เนตร [2561]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 47 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 94 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 52 คน รวมจำนวน 104 คน เลือกโรงเรียนที่ศึกษาจำนวน 2 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก กำหนดให้โรงเรียนที่ได้รับการเลือกเป็นรายชื่อที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และรายชื่อที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ กลุ่มทดลองได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน และกลุ่มควบคุมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน รวมจำนวน 116 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก รายชื่อนักเรียน และจับคู่ตามเพศ และอายุ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska and Velicer (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยบรรยายประกอบวีดิทัศน์เรื่องอุบัติเหตุ เกี่ยวกับ ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางท้องถิ่น ได้แก่ อุบัติเหตุจากพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากพฤติกรรม การไม่สวมหมวกนิรภัย อุบัติเหตุจากพฤติกรรมการขับขี่โดยใช้ความเร็วและการไม่เคารพกฎหมายจราจร และ อุบัติเหตุจากพฤติกรรมการขับขี่ด้วยความคึกคะนอง และ 2) ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิด โดยใช้คำถาม ปลายเปิด “คิดอย่างไรกับการเกิดอุบัติเหตุ”

ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยและวิทยากรจากกลุ่มงานจราจร สถานีตำรวจ ภูธรวังทอง จังหวัดพิษณุโลก บรรยายเกี่ยวกับกฎหมายจราจร บทลงโทษ และเครื่องหมายจราจร จากนั้นให้ร่วมกันวิเคราะห์ความผิดและบทลงโทษจากสถานการณ์จำลอง และ 2) ให้แบ่งกลุ่ม และร่วมกันวิเคราะห์ประเด็น “หากฉันประสบอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อย่างไร”

ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเล่าประสบการณ์ของตัวเองเพื่อเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติตามกฎหมายจราจรว่าได้อย่างไร ต้องปฏิบัติตนอย่างไร และได้รับผลดีอย่างไร 2) เชิญบุคคลที่เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์มาแล้ว ประสพการณ์ตั้งแต่ก่อนเกิดอุบัติเหตุ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ และการสูญเสีย และ 3) ให้แบ่งกลุ่ม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “จากบุคคลต้นแบบน้องๆ ได้อะไร”

ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้

เขียนเรียงความประกวดในหัวข้อ “ผลดี-ผลเสีย หากฉันขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย” โดยมีรางวัลแจกในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 5 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยแจกรางวัลแก่ผู้ชนะการประกวดการเขียนเรียงความ และ 2) ผู้วิจัยและวิทยากรให้ฝึกปฏิบัติการขับขี่ปลอดภัย ฝึกใช้สัญญาณจราจร และฝึกการดูแลรถจักรยานยนต์ในสถานการณ์ต่างๆ

ครั้งที่ 6 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยให้เซ็นสัญญาการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย (กิจกรรมค่านันสัญญา) และ 2) ให้จับฉลากชื่อเพื่อนและเก็บเป็นความลับ คอยสังเกตพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของบุคคลนั้น บันทึก และแจ้งผู้วิจัย เพื่อเก็บเป็นคะแนนรวมในกิจกรรม (กิจกรรมเพื่อนผู้แสนดี)

ครั้งที่ 7 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยให้ส่งแบบบันทึกพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่

รถจักรยานยนต์ของเพื่อน 2) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา และ 3) ผู้วิจัยและคณะครูมอบเกียรติบัตรแก่ทุกคน และแจกรางวัลแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมดีเด่นจากกิจกรรมเพื่อผู้สนใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถามขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and Velicer (1997) จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ ความถี่ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความเร็วในการขับขี่รถจักรยานยนต์ การประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ จำนวนครั้งที่เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ บกบาท (ผู้ขับขี่/ผู้โดยสาร) ในขณะประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ และระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อย่างปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจ มั่นใจบางครั้ง มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อยมาก (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับสูง (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับสูงมาก (4.21-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะในการตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่าง

ปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่อย่างแน่นอน อาจจะ ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะในการตัดสินใจในระดับน้อยมาก (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในระดับแย่มาก (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับแย่ (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับพอใช้ (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับดี (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.21-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามขั้นความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อย่างปลอดภัย แบบสอบถามสมรรถนะในการตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อย่างปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์ด้านสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอาจารย์ด้านสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกระบวนการและเครื่องมือการวิจัย (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแต่ละชุดเท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ แบบสอบถามสมดุลในการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84, .77 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 100/2022 และ IRB No. P2-0339/2564 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นขอความร่วมมือคณะกรรมการในการช่วยประสานงานกับนักเรียน

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์

สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย แบบสอบถามสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2-8 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงเรียน ให้ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. รวมจำนวน 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย แบบสอบถามสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย แบบสอบถามสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระยะติดตามผล (follow-up) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย

สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.79 มีอายุ 17 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 16.63 ปี ($SD = .72$) มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในช่วง 4–6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์เฉลี่ย 4.89 ปี ($SD = 2.24$) ส่วนใหญ่มีความถี่ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ คือ ขับขี่ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 64.29 ความเร็วในการขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในช่วง 61–80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.57 เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 53.57 โดยส่วนใหญ่เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ 1–2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.33 เป็นผู้ขับขี่ในขณะประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 63.67 และระดับความรุนแรงของการ

เกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คือ ทรัพย์สินเสียหาย และมีผู้บาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 63.33 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุ 17 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยมีอายุเฉลี่ย 16.86 ปี ($SD = 1.08$) มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในช่วง 4–6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยมีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์เฉลี่ย 4.95 ปี ($SD = 2.68$) มีความถี่ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ คือ ขับขี่ทุกวัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.67 ความเร็วในการขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในช่วง 81–100 กิโลเมตรต่อชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.33 เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 51.67 โดยส่วนใหญ่เคยประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ 1–2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.87 เป็นผู้ขับขี่ในขณะประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 70.97 และระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ คือ ทรัพย์สินเสียหายและมีผู้บาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 54.84

2. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ คะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ฯ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 74.231, p < .01$; $F = 63.650, p < .001$ และ $F = 71.268, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ คะแนนเฉลี่ยสมดุล

ในการตัดสินใจ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ฯ ระยะเวลาการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ และคะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจฯ ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่า

ระยะเวลาการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ฯ ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ($n = 56$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ระหว่างกลุ่ม	36.46	2	18.23	74.231	.002
ภายในกลุ่ม	40.53	165	.24		
รวม	76.99	167			
สมดุลในการตัดสินใจ					
ระหว่างกลุ่ม	32.28	2	16.14	63.650	< .001
ภายในกลุ่ม	41.85	165	.25		
รวม	74.13	167			
พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์					
ระหว่างกลุ่ม	13.09	2	6.54	71.268	< .001
ภายในกลุ่ม	15.16	165	.09		
รวม	28.25	167			

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุในการตัดสินใจ
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมกรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 (n = 56)

ช่วงเวลา	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนการทดลอง	3.54	-	1.08**	.87**
หลังการทดลอง	4.62	-	-	-.21*
ติดตามผล	4.41	-	-	-
สมดุลในการตัดสินใจ				
ก่อนการทดลอง	3.37	-	1.05**	.74**
หลังการทดลอง	4.42	-	-	-.31**
ติดตามผล	4.11	-	-	-
พฤติกรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์				
ก่อนการทดลอง	3.69	-	.64**	.54**
หลังการทดลอง	4.33	-	-	-.10
ติดตามผล	4.23	-	-	-

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

3. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่าง
ปลอดภัย สมดุในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และพฤติกรรม
กรรมการขับชี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะ
หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลใน
สัปดาห์ที่ 12 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ คะแนนเฉลี่ย

สมดุในการตัดสินใจฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การขับชี้รถจักรยานยนต์ฯ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
ส่วนระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะ
ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ คะแนนเฉลี่ย
สมดุในการตัดสินใจฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การขับชี้รถจักรยานยนต์ฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมมูลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 56)		กลุ่มควบคุม (n = 60)		t	p
	M	SD	M	SD		
ระยะก่อนการทดลอง						
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.54	.66	3.55	.77	.118	.906
สมดุลในการตัดสินใจ	3.37	.52	3.56	.65	1.681	.096
พฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์	3.69	.35	3.69	.48	.043	.966
ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9						
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4.62	.35	3.52	.64	11.375	< .001
สมดุลในการตัดสินใจ	4.42	.51	3.81	.70	5.296	< .001
พฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์	4.33	.28	3.81	.53	6.467	< .001
ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12						
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4.41	.43	3.57	.67	7.998	< .001
สมดุลในการตัดสินใจ	4.11	.48	3.73	.68	3.431	< .001
พฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์	4.23	.28	3.77	.48	6.272	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมมูลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับขี่รถ

จักรยานยนต์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska and Velicer (1997) มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ในวัยรุ่น จากกระบวนการที่มีการเพิ่มความตระหนักรู้ และการแสดงทางอารมณ์และความรู้สึก มีการประเมินผลกระทบต่อนตนเอง และการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมความมีอิสระในตนเอง และมีการจัดการผลที่เกิดขึ้น โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอุบัติเหตุ กฎหมายจราจร บทลงโทษ และเครื่องหมายจราจร เพื่อให้รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนน มีการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่เคยประสบอุบัติเหตุ และการวิเคราะห์ประเด็น “หากฉันประสบอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะ จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และ

ประเทศชาติ อย่างไร” เพื่อให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นด้วย มีการประกวดการเขียนเรียงความในหัวข้อ “ผลดี-ผลเสีย หากฉันขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย” เพื่อให้ประเมินผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่และผลเสียของการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ซึ่งเป็นการใช้ประสบการณ์หรือความรู้สึกทำให้เกิดอารมณ์ร่วม เกิดความต้องการในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม นอกจากนี้ยังมีการฝึกปฏิบัติการขับขี่ปลอดภัย ฝึกใช้สัญญาณจราจร และฝึกการดูแลรถจักรยานยนต์ในสถานการณ์ต่าง ๆ อีกทั้งมีกิจกรรมคำมั่นสัญญา เพื่อสร้างพันธะสัญญากับตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และมีการแจกรางวัลแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมดีเด่นในการขับจี้รถจักรยานยนต์ เพื่อเป็นการเสริมแรง ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ข้างต้น ช่วยให้นักเรียนที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยสมดุลในการตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรุณีย์ สิม่วงงาม และอนุชา เพียรชนะ (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและการลดน้ำหนัก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะภัทร มานะสถิตพงศ์ และเอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง นักเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีน้ำหนักตัวลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานศึกษาควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับจี้รถจักรยานยนต์ไปใช้กับนักเรียนวัยรุ่น โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ นักเรียนวัยรุ่นมีพฤติกรรมการขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาดูตามผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับจี้รถจักรยานยนต์ในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการขับจี้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย พร้อมประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยในการขับจี้รถจักรยานยนต์โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อให้การศึกษาโปรแกรมนี้สามารถนำไปอ้างอิงได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลวรรณ คุ่มวังก์, นิสากร กรุงไกรเพชร, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออกเฉียงใต้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(4), 42–52.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic62.pdf>

กาญจน์กรอง สุธังคะ. (2559). *การศึกษาพฤติกรรม การขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิด อุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์* (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

ฉัตรติมา คัมภีร์คุปต์. (2561). *ผลของโปรแกรมส่งเสริม เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมด้วยการ สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อความตั้งใจ ที่จะไม่พฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในผู้บาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดาริกา บิลโสะ, และจินตนา สราวุธพิทักษ์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผลและการกำกับตนเอง เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการเดินทาง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสาร อิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 9(2), 668–682.

ทิพวรรณ แสงทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย นเรศวร.

นงคราญ ตาตะคำ. (2558). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอกุเพียง จังหวัดน่าน* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะภัทร มานะสถิตพงศ์, และเอมอัชมา วัฒนบุรานนท์. (2558). การพัฒนาโปรแกรมเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 10(1), 200–211.

พรรณี ปานเทวัญ, และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 36–44.

พัชรนันท์ คงทอง, และสมหญิง สุกนธ์. (2556). พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอขวด ที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์: กรณีศึกษา ชุมชนตำบลท่ามิหรำ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(9), 116–130.

มงคล รัชชะ. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความชุก อุบัติเหตุของการขับขี่รถจักรยานยนต์ ในกลุ่ม นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มูลนิธิไทยโรดส์และเครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ ความปลอดภัยทางถนน. (2563). *สถิติและ ข้อมูลสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของ ประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://trso.thairoads.org/statistic>

- วรรณวิษา ภูพิวแก้ว, วิศิษฐ์ ทองคำ, และนันทวรรณ ทิพนนตร. (2561). ผลของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 24(1), 76–85.
- วรุณีย์ สิม่วงงาม, และอนุชา เพียรชนะ. (2558). ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มหาวิทยาลัยราชธานี. *วารสารราชพฤกษ์*, 13(2), 115–123.
- วัชรพงษ์ เรือนคำ, และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2562). อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย: มุมมองทางวิทยาการระบาด. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 23(1), 146–160.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2562). *แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561–2564*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Truong, L. T., Nguyen, H. T. T., & De Gruyter, C. (2018). Correlations between mobile phone use and other risky behaviours while riding a motorcycle. *Accident Analysis & Prevention*, 118, 125–130. doi:10.1016/j.aap.2018.06.015
- World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- World Health Organization. (2020). *Road traffic injuries*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะ ในท่อช่วยหายใจในเด็กต่อความมั่นใจและทักษะในการดูดเสมหะ ของนักศึกษาพยาบาล

The Development of a Pediatric Endotracheal Suction Training Model Innovation on Self-confidence and Suction Skills of Nursing Students

สุภา คำมะณี, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ¹

Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing) ¹

จริยาพร วรรณโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ²

ปัทมา บุญช่วยเหลือ, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing) ²

Pattama Boonchuaylua, Ph.D. (Nursing) ³

Received: May 7, 2025

Revised: June 10, 2025

Accepted: June 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน ระยะที่ 4 ปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลอง และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความมั่นใจในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบประเมินทักษะในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการวิจัยและ

^{1,3} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jariyaphon@pnc.ac.th

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า 1) นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก สามารถใช้ในการฝึกปฏิบัติทักษะการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กได้ 2) หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูดเสมหะสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.038, p < .001$) และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูดเสมหะด้านเทคนิคการดูดเสมหะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.693, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติทักษะการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: หุ่นจำลองการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ความมั่นใจ ทักษะในการดูดเสมหะ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to develop a pediatric endotracheal suction training model innovation. There were five phases of study, including 1) identifying problems and needs; 2) developing a pediatric endotracheal suction training model innovation; 3) testing the feasibility of the model innovation with 10 second-year nursing students; 4) improving the model innovation; and 5) evaluating the model innovation with 60 second-year nursing students, who were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included a focus group interview guide, a pediatric endotracheal suction training model innovation, a general information questionnaire, a self-confidence in pediatric endotracheal suction questionnaire with a reliability of .89, and a pediatric endotracheal suction skill assessment form with a reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from November 2023 to April 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, independent *t*-test, and summation method.

The research results revealed that 1) a pediatric endotracheal suction training model innovation could be used for practicing pediatric endotracheal suction skill; 2) after using the model innovation, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of self-confidence in pediatric endotracheal suction than before using the model innovation ($t = 12.038, p < .001$); and 3) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of suction skill on technique dimension than the control group ($t = 2.693, p < .01$).

This research suggests that nursing instructors should utilize a pediatric endotracheal suction training model innovation for practicing pediatric endotracheal suction skills to prepare the readiness of nursing students before pediatric clinical practice.

Keywords: Pediatric endotracheal suction model, Self-confidence, Suction skills, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน การเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (child-centered) ผู้เรียนต้องมีการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ฝึกฝนและแสวงหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองนอกเหนือจากตำราเรียน ผู้สอนมีบทบาทในการอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ ชี้ช่องทางแสวงหาความรู้ และหาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของผู้เรียนที่ทันสมัยและเหมาะสมกับผู้เรียน (ปิณฑิษ ราชภักดี, วิทยาพรณ สิหาคม, วิจิตรา วงศ์อนุสิทธิ์, และพจมาน ชำนาญกิจ, 2564) สื่อการสอนจึงควรมีรูปแบบที่หลากหลาย สามารถเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัสในเวลาเดียวกัน เพื่อช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภวิกา ภักษา และนิรมล จันทรสุวรรณ, 2565) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดล (Edgar Dale) (Dale, 1969) ที่เชื่อว่าการเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนจากนามธรรม ให้เกิดเป็นรูปธรรม จะต้องมีการลงมือปฏิบัติจริง จึงมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการให้มีลักษณะที่ทันสมัยยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วย

ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยพัฒนาการเรียนการสอน ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สิวากรณ์ เจริญวงศ์, ทิพย์ฉมพร เกษโกมล, และอภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2561)

การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีความรู้ความสามารถด้านวิชาการ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ แต่การให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโดยขาดความมั่นใจ ประสบการณ์ และความชำนาญ อาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ การฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลยังมีข้อกำหนดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นข้อจำกัดต่อการจัดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติให้แก่นักศึกษา เช่น สิทธิของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง (วรัญญา ชลธารกัมปนาท, กฤษณี สุวรรณรัตน์, และกรรณิการ์ พรงาม, 2566) การจัดสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการจึงช่วยลดข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ป่วยน้อย ไม่เพียงพอต่อการฝึกประสบการณ์ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง การจัด

สถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการที่มีสภาพคล้ายความเป็นจริงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้เรียน (วินัย สยอวรรณ, ศราวุฒิ แพะขุนทด, ปุณณภา ชุมวรฐายี, และเจษฎา อุดมพิทยาสรพ์, 2560) เนื่องจากช่วยให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ ลดภาวะความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งวิธีนี้จะสามารถพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (พรหมทิพย์ ขัณฑ์ขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะเอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล, และรัชนี พจนา, 2563)

ผู้ป่วยเด็กในระยะวิกฤตที่มีปัญหาต่างๆ ส่วนใหญ่มักมีอาการรุนแรง บางครั้งได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ซึ่งถือเป็นทักษะหนึ่งที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดได้ง่ายหากนักศึกษาไม่มีความพร้อมไม่มีทักษะหรือประสบการณ์ที่เพียงพอ (ปริยสกลี ไชยวุฒิ และเขवालัษณ์ คุมขวัญ, 2560) อีกทั้งท่อช่วยหายใจที่ใช้ในเด็กไม่มีความดันของกระเปาะหลอดลม (cuff pressure) ทำให้เกิดการเลื่อนหลุดได้ง่ายหากดูดเสมหะไม่ถูกวิธี ประกอบกับการจัดการเรียนการสอนให้แก่ นักศึกษาพยาบาลยังไม่มีหุ่นจำลองการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กโดยเฉพาะ ทำให้นักศึกษาไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหัตถการดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และความไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะหากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลที่เยื่อหูทางเดินหายใจจนเกิดการอักเสบและมีเลือดออก ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาของเขवालัษณ์ คุมขวัญ และคณะ (2561) เกี่ยวกับการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 และการศึกษาของจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, ดารินทร์ พนาสันต์, และลักขณา ศิริถิรกุล (2564) เกี่ยวกับผลของการใช้ นวัตกรรมหุ่นจำลองดูดเสมหะ “SNC.SUCTION MODEL” ต่อทักษะดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล

รวมถึงการศึกษาของลักขณา ศิริถิรกุล, ดารินทร์ พนาสันต์, และจาวรรรณ สองญาติ (2563) เกี่ยวกับผลของการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถในการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล ยังไม่มีการศึกษาใดที่มีการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กโดยเฉพาะ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก โดยนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์เข้ามาประกอบกับหุ่นเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนให้มีความเสมือนจริงในการฝึกทักษะการดูดเสมหะ และนักศึกษาสามารถทดลองปฏิบัติกับหุ่นได้ด้วยตนเองซ้ำๆ เท่าที่ต้องการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทำให้ได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นที่มีความใกล้เคียงกับสภาพจริงมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกิดความมั่นใจ ลดความเครียดและความวิตกกังวล อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติทักษะได้โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และมีผลต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กต่อความมั่นใจในการดูดเสมหะ และทักษะในการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

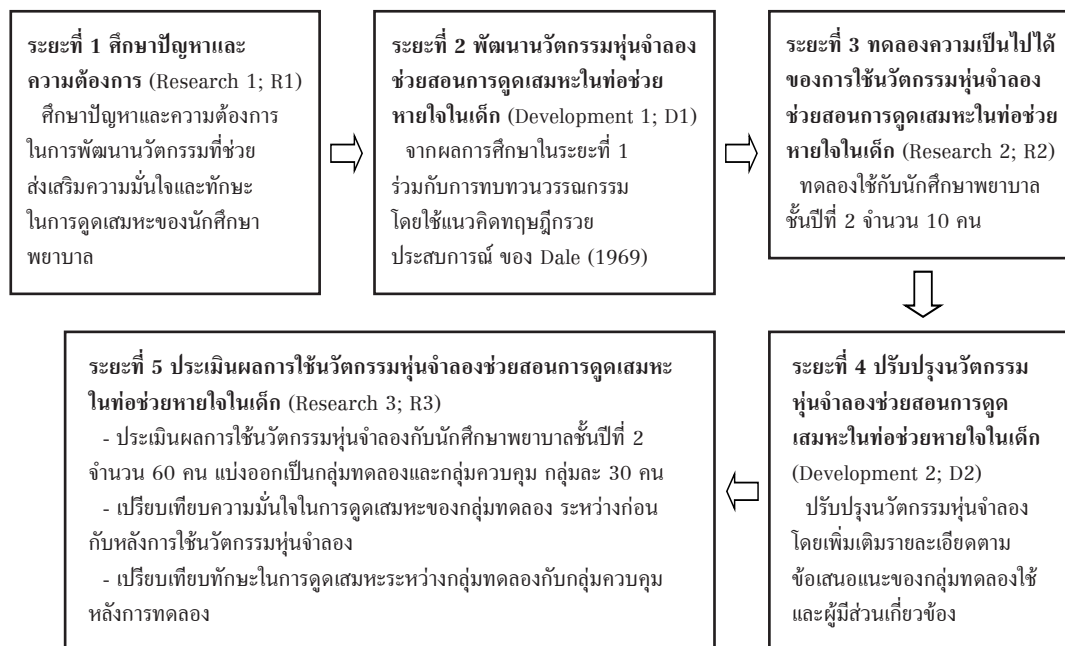
1. หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูดเสมหะสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก เพื่อช่วยส่งเสริมความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ของ Dale (1969) ในการออกแบบนวัตกรรม ซึ่งเน้นการสร้างประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด โดยออกแบบหุ่นจำลองที่มีความสอดคล้องในด้านกายวิภาคของเด็ก มีการเพิ่มเทคโนโลยีเสมือนจริงเพื่อช่วยยกระดับประสบการณ์การเรียนรู้ (Sugar & Collyer, 2021) ซึ่งถือเป็นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย นอกจากนี้ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับความจริงจะช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎี

กับการปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาสามารถเตรียมความพร้อมสำหรับการทำงานจริงได้ดีกว่า (Mohamed, Mahmoud, Abdel-Salam, & Abd-Elaziz, 2024) โดยการวิจัยประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง ระยะที่ 4 ปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลอง และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง เมื่อนำนวัตกรรมหุ่นจำลองมาใช้ในการเรียนการสอน จะสามารถส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ถูกต้องจากการฝึกปฏิบัติกับนวัตกรรมหุ่นจำลองซ้ำๆ เท่าที่ต้องการ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก และผู้ปวยมีความปลอดภัย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหะในท้องช่วยหายใจในเด็ก ระยะที่ 3 ทดลองความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหะในท้องช่วยหายใจในเด็ก ระยะที่ 4 ปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหะในท้องช่วยหายใจในเด็ก และระยะที่ 5 ประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหะในท้องช่วยหายใจในเด็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 150 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยประกาศรับนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัคร จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 5 คน โดยศึกษาทั้งประชากร

ระยะที่ 3 ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 150 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยประกาศรับนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัคร จำนวน 10 คน (คนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1)

ระยะที่ 5 ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 150 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับในระยะที่ 3 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย ทั้งนี้ การวิจัยไม่มีผลต่อคะแนนการเรียนการสอนหรือการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) แบบการทดสอบทางเดียว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 42 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยประกาศรับนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัคร จำนวน 60 คน (คนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 3) ทั้งนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ตามเกรดเฉลี่ยสะสม โดยกลุ่มที่ 1 เกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50 กลุ่มที่ 2 เกรดเฉลี่ยสะสม 2.51–3.00 กลุ่มที่ 3 เกรดเฉลี่ยสะสม 3.01–3.50 และกลุ่มที่ 4 เกรดเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.50 แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับการศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาในการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด และความต้องการนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหา รวมจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหะในท้องช่วย

หายใจในเด็ก (ต้นแบบ) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษา
ระยะที่ 2 เป็นนวัตกรรมหุ่นจำลองที่ใช้เพื่อสนับสนุน
การเรียนการสอนให้มีความเสมือนจริงในการฝึกทักษะ
การดูแลเด็กในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก และนักศึกษา
สามารถทดลองฝึกทักษะปฏิบัติกับนวัตกรรมหุ่นจำลอง
ได้ด้วยตนเองซ้ำๆ เท่าที่ต้องการ

ระยะที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแล
เด็กในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใน
การศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 4
เป็นนวัตกรรมหุ่นจำลองที่ใช้เพื่อสนับสนุนการเรียน
การสอนให้มีความเสมือนจริงในการฝึกทักษะการดูแล
เด็กในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก เช่นเดียวกับในระยะที่ 3

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ และเกรดเฉลี่ยสะสม
จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและ
แบบเติมคำ

3. แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแล
เด็กในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม
ความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลเด็ก ของลักษณะ
ศิริกฤต และคณะ (2563) ครอบคลุมความมั่นใจ
ด้านการเตรียมผู้ป่วย ด้านการเตรียมอุปกรณ์ ด้าน
การปฏิบัติการดูแลเด็ก และด้านการประเมินผู้ป่วย
รวมจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด
น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปล
ผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความมั่นใจ
ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย
(1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50
คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และ
ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

4. แบบประเมินทักษะในการดูแลเด็ก
ในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น
2 ด้าน คือ 1) ด้านการเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์
ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย และ

การเตรียมอุปกรณ์ และ 2) ด้านเทคนิคการดูแลเด็ก
ครอบคลุมการปฏิบัติการดูแลเด็ก และการเก็บอุปกรณ์
รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ปฏิบัติ
ไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติถูกต้องน้อย ปฏิบัติ
ถูกต้องเป็นบางส่วน ปฏิบัติถูกต้องเป็นส่วนมาก และ
ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด ส่วนเกณฑ์การแปล
ผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะ
ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย
(1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50
คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และ
ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลเด็ก
ในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก (ต้นแบบ) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ
ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ
พยาบาลเด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็ก
ในภาวะวิกฤต (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ
และนำแบบประเมินทักษะในการดูแลเด็กในหอผู้ป่วย
หายใจในเด็กไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในชุดเดิม
ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้น
นำแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลเด็กในหอ
ผู้ป่วยหายใจในเด็ก และแบบประเมินทักษะในการดูแล
เด็กในหอผู้ป่วยหายใจในเด็ก ไปทดลองใช้กับนักศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2566 ที่มีคุณสมบัติ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 5 จำนวน 10 คน
หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า
เท่ากับ .89 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพ
ที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 078/66 วันที่

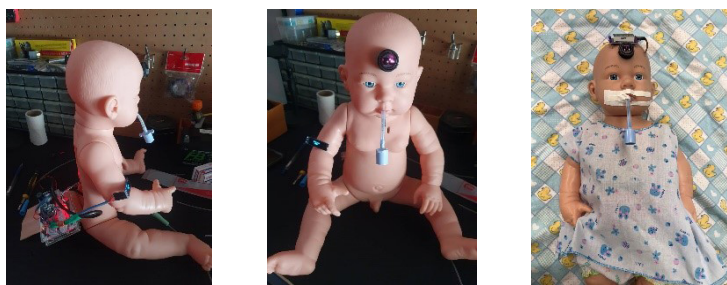
10 พฤศจิกายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนา นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและทักษะในการดูแล เสน่ห์ของนักศึกษาพยาบาล โดยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (นักศึกษาพยาบาล 10 คน และอาจารย์พยาบาล 5 คน) ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 30-45 นาที

ระยะที่ 2 (D1) ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแล เสน่ห์ในท่อช่วยหายใจในเด็ก โดยใช้ผลการศึกษา ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การเรียนรู้ของมนุษย์ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีกรวยประสบการณ์ ของ Dale (1969) ที่เน้น การเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนจากนามธรรม ให้เกิดเป็นรูปธรรมโดยการลงมือปฏิบัติจริงกับนวัตกรรม

และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลเสน่ห์ในท่อช่วย หายใจในเด็ก ได้ประเด็นที่ต้องเน้นในการทำนวัตกรรม คือ เรื่องขนาดและความลึกของท่อช่วยหายใจที่เหมาะสม ในเด็ก การป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดตันและภาวะ แทรกซ้อนจากการดูแลเสน่ห์ในท่อช่วยหายใจ และ ขั้นตอนการดูแลเสน่ห์ในท่อช่วยหายใจในเด็ก จากนั้น เริ่มวางแผนและออกแบบนวัตกรรมหุ่นจำลอง และ ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลอง ทำการเจาะด้านหลังหุ่นทารก (ตุ๊กตา) เพื่อเปิดช่อง สำหรับเดินสายไฟ เจาะปากหุ่นเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) ติดตั้งแผงวงจรที่ต่อเข้ากับ สวิตช์ (switch) แผงวงจรมีเวลาแบบเรียลไทม์ (clock shield) และเซ็นเซอร์ (sensor) และนำไป ประกอบเข้ากับหุ่น โดยติดเซ็นเซอร์และแผงวงจรมีเวลา แบบเรียลไทม์ไว้ที่บริเวณศีรษะ ติดสวิตช์ไว้ที่ข้าง ลำตัวด้านขวา เขียนโปรแกรมวงจรไฟฟ้าให้ตรวจจับ เวลาในการดูแลเสน่ห์ไม่เกิน 20 วินาที ติดตั้งท่อช่วย หายใจกับสันหลอดลม (carina) และติดฟิสิกซ์โซมุล (fixomull stretch) เพื่อไม่ให้ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เลื่อน (ขั้นตอนข้างต้น แสดงในภาพที่ 1-3) จากนั้น นำนวัตกรรมหุ่นจำลองที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ) ตรวจสอบความเหมาะสม ดำเนิน การปรับปรุงตามคำแนะนำ จนได้นวัตกรรมหุ่นจำลอง ที่สมบูรณ์ขึ้น



ภาพที่ 1-3 นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลเสน่ห์ในท่อช่วยหายใจในเด็ก

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการในเดือนมกราคม 2567 ผู้วิจัยทดลองความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ทดลองดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก และประเมินความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง โดยการอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลา 30-45 นาที

ระยะที่ 4 (D2) ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก โดยเพิ่มเติมรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของกลุ่มทดลองใช้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ตั้งให้เซ็นเซอร์ร้องเตือนเมื่อใส่สายดูดเสมหะลงไปในท่อช่วยหายใจลึกเกินกว่ากำหนด และหยุดร้องเมื่อขยับขึ้นมาจากตำแหน่งนั้น และ 2) ที่ตำแหน่งปลายท่อช่วยหายใจให้ใช้พลาสติกพันปิดไว้ เสมือนเวลาที่ใส่สายดูดเสมหะลงไปแล้วชนบริเวณสันหลอดลม ซึ่งต้องขยับสายดูดเสมหะขึ้นก่อนจึงจะทำการดูดเสมหะได้

ระยะที่ 5 (R3) ดำเนินการในเดือนเมษายน 2567 ผู้วิจัยประเมินผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความมั่นใจในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที

3. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยมอบเอกสารเรื่องแนวทางปฏิบัติการดูดเสมหะให้อ่าน บรรยายให้ความรู้ให้ชมวิดีโอเรื่องการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ให้ดูอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก และสาธิตวิธีการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก จากนั้นให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปฝึกซ้อมการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กด้วยตนเอง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองในการฝึกซ้อมที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลของวิทยาลัย โดยฝึกซ้อมอย่างน้อย 5 ครั้ง ครั้งละ 2 รอบ ใช้เวลารอบละ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมให้ฝึกซ้อมด้วยตนเองที่หอพัก ด้วยการอ่านเอกสารเรื่องแนวทางปฏิบัติการดูดเสมหะที่มอบให้

4. ผู้วิจัย 1 คน ประเมินทักษะในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะไม่ทราบว่าเป็นนักศึกษาคนใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมินทักษะในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก ใช้เวลาคนละ 15-20 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามความมั่นใจในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที

ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำนวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็กไปใช้ในการสอนทักษะปฏิบัติการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 กับนักศึกษาทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูดเสมหะของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบทักษะในการดูดเสมหะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากอาจารย์ผู้สอนมีความเห็นว่าทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม แต่ก่อนข้างมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดได้ง่ายหากนักศึกษาไม่มีความพร้อมหรือมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ ส่วนนักศึกษามีความเห็นว่าเมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริงมักมีความวิตกกังวลตื่นเต้น และไม่มั่นใจ ทำให้ไม่กล้าลงมือปฏิบัติ และปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ที่ผ่านมา การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็กในช่วง pre-clinic โดยฝึกปฏิบัติกับตุ๊กตาเด็กที่เป็นผ้าและมีท่อนช่วยหายใจขนาดเล็กสำหรับเด็กใส่ไว้ในปากตุ๊กตา ซึ่งยังไม่มีคามเหมือนจริง จึงควรมีการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก โดยนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์เข้ามาประกอบกับหุ่นเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนให้มีความเหมือนจริงในการฝึกทักษะการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความเครียดและความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติทักษะได้โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก พบว่า นวัตกรรมหุ่นจำลอง พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จนได้นวัตกรรมหุ่นจำลองที่มีเซ็นเซอร์ร้องเตือนเมื่อใส่สายดูแลตนเอง

ลงไปในท่อนช่วยหายใจลึกเกินที่กำหนด และหยุดร้องเมื่อขยับขึ้นมาจากตำแหน่งนั้น และที่ตำแหน่งปลายท่อนช่วยหายใจมีพลาสติกพันปิดไว้ เสมือนเวลาที่ใส่สายดูแลตนเองไปแล้วจนบริเวณสันหลอดลม ซึ่งต้องขยับสายดูแลตนเองขึ้นก่อนจึงจะทำการดูแลตนเองได้ และเมื่อนำนวัตกรรมหุ่นจำลองไปทดลองใช้ ผู้ทดลองใช้ประเมินว่านวัตกรรมหุ่นจำลองมีความน่าสนใจ วัสดุที่ใช้มีความเหมาะสมดี สามารถใช้ได้ในระยะยาว และนวัตกรรมหุ่นจำลองมีความเหมาะสมกับการเรียนการสอนเรื่องการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก หากนำไปใช้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเนื่องจากมีความเหมือนจริง โดยนักศึกษาสามารถทดลองฝึกทักษะปฏิบัติได้ด้วยตนเองซ้ำๆ เท่าที่ต้องการ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความเครียดและความวิตกกังวลในนักศึกษาได้

3. ผลการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 และมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด-สูงสุด คือ 2.60-3.87 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.01 (*SD* = .31) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 และมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด-สูงสุด คือ 2.33-3.54 โดยมีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.00 (*SD* = .28)

3.1 การเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อนช่วยหายใจในเด็ก พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.038, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง
การใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อย่อยหัวใจในเด็ก

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง	30	31.66	8.26	12.038	< .001
หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลอง	30	47.53	5.13		

3.2 การเปรียบเทียบทักษะในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองด้านการเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองด้านเทคนิคการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.693, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
หลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ทักษะในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านการเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์	14.50	3.71	14.76	4.05	.266	.395
ด้านเทคนิคการดูแลตนเอง	49.10	3.44	46.46	4.09	2.693	.004
โดยรวม	63.86	6.50	61.56	5.94	1.430	.079

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อย่อยหัวใจในเด็ก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลตนเองในท่อย่อยหัวใจในเด็ก และให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ช่วย

ส่งเสริมความมั่นใจของนักศึกษาได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองสามารถฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในท่อย่อยหัวใจในเด็กโดยใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองนี้ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรวมประสบการณ์ที่ว่า การได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับความจริงช่วยลดความไม่แน่นอนและความวิตกกังวลของนักศึกษาเมื่อนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองหลายครั้งจนเกิดความชำนาญ นักศึกษาจะรู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อต้องปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย ซึ่งความมั่นใจนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก

นักศึกษาที่มีความมั่นใจจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากกว่า การลดความวิตกกังวลยังช่วยให้นักศึกษาสามารถมุ่งเน้นที่การเรียนรู้และการพัฒนาทักษะได้ดีขึ้น เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลลัพธ์ที่ปฏิบัติ จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ (จารุวรรณ สนองญาติ, ยุคนธ์ เมืองช้าง, และลักขณา ศิริถิรกุล, 2565) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณญา ชลธารกัมปนาท และคณะ (2566) ที่พบว่า หลังการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง กลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ นวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติ สิทธิปรกรณ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า นิสิตพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองในระดับมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูดเสมหะโดยรวม และทักษะในการดูดเสมหะด้านการเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูดเสมหะด้านเทคนิคการดูดเสมหะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะปฏิบัติการดูดเสมหะโดยใช้ นวัตกรรมหุ่นจำลองช่วยสอนการดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจในเด็กที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ ทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่ว และเกิดความชำนาญด้านเทคนิคการดูดเสมหะมากขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และชมการสาธิตวิธีการดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจในเด็ก ได้ชมวิดีโอเรื่องการดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจในเด็ก ได้ดูอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจในเด็ก และได้ฝึกซ้อมที่หอพัก ด้วยการอ่านเอกสารเรื่องแนวทางปฏิบัติการดูดเสมหะ

ที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความชำนาญด้านเทคนิคการดูดเสมหะ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลต้องการการปฏิบัติที่ซ้ำๆ หลายครั้งจนเกิดความชำนาญ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูดเสมหะด้านเทคนิคการดูดเสมหะสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ศิริถิรกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า หลังการใช้หุ่นจำลองการดูดเสมหะ (หุ่น Suction) นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการดูดเสมหะสูงกว่าก่อนการใช้หุ่นจำลอง แสดงให้เห็นว่า การใช้หุ่นจำลองการดูดเสมหะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูดเสมหะของนักศึกษาได้ เนื่องจากการเรียนการสอนแบบสาธิตและการฝึกประสบการณ์เป็นสิ่งกระตุ้นให้นักศึกษามีความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีกรวยประสบการณ์ โดยช่วยให้นักศึกษาพัฒนาตนเองจากการเรียนรู้ การได้เห็น การเข้าใจ และการลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ไต่ระดับจากนามธรรมสู่รูปธรรมอย่างเป็นระบบ โดยการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของเขวาลักษณ์ คุมขวัญ และคณะ (2561) ที่พบว่า การที่นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะการดูดเสมหะโดยใช้หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทำให้นักศึกษามีความเข้าใจในเทคนิคการดูดเสมหะมากขึ้น และการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนเพื่อให้ใช้ได้จริง เป็นสิ่งที่มีคุณค่า สร้างประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้

การใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะปฏิบัติการทางการพยาบาลยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้เรียนในการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย เพิ่มความคุ้นเคยกับขั้นตอนต่างๆ และเสริมทักษะผ่านการลงมือทำซ้ำๆ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (active learning) ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะจนเกิดความมั่นใจ ในขณะเดียวกัน ความมั่นใจในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลให้นักศึกษาปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้

โดยไม่วิตกกังวลและตื่นเต้น (กมล โพธิเย็น, 2564; วรรณญา ชลธารกัมปนาท และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ วัฒนธรรนันท์ และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์ (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับกิจกรรมเสริมทักษะมีความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้อย่างคล่องแคล่ว และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาตยา วงศ์ยะรา (2564) ที่พบว่า นักศึกษาที่ได้ทดลองฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้นักศึกษาลดความตื่นเต้นและความวิตกกังวลในการปฏิบัติการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรมำนวัตกรรมการหุ่นจำลองช่วยสอนการดูแลหัดในหอช่วยหายใจในเด็ก ไปใช้ในการเรียนการสอนภาคทดลองเรื่องการดูแลหัดในหอช่วยหายใจในเด็ก และใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดูแลหัดในหอช่วยหายใจในเด็กของนักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาวัตกรรมการหุ่นจำลองอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลเด็กเพิ่มเติม เพื่อใช้ในการเรียนการสอน และการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กมล โพธิเย็น. (2564). Active Learning: การจัดการเรียนรู้ที่ตอบโจทย์การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 19(1), 11–28.

จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, ดารินทร์ พนาสันต์, และลักขณา ศิริธิกรกุล. (2564). ผลของการใช้หุ่นจำลองหัดดูดเสมหะ “SNC.SUCTION MODEL” ต่อทักษะดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(1), 80–94.

จารุวรรณ สอนงญาติ, ยุคนธ์ เมืองช้าง, และลักขณา ศิริธิกรกุล. (2565). ผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ต่อความสามารถ และความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(3), 205–217.

ปรียสกล ไชยวุฒิ, และเยาวลักษณ์ กุมขวัญ. (2560). หุ่นจำลองฝึกทักษะการดูแลหัด: นวัตกรรมสื่อการสอนทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 47–59.

ปิณัฏช์ ราชภักดี, วิภาวรรณ สีทาคม, วิจิตรา วงศ์อนุสิทธิ์, และพจมาน ชำนาญกิจ. (2564). การจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(3), 484–500.

พรรณทิพย์ ชับขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลทล, และรัชณี พงนา. (2563). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1062–1072.

ภวิกา ภักษา, และนิรมล จันทร์สุวรรณ. (2565). การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญสำหรับผู้เรียน Generation Z. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 13(2), 1–12.

- เยาวลักษณ์ คุ่มขวัญ, พรรณี ไพศาลทักษิณ, เครือวัลย์ สารเดือนแก้ว, วัชรินทร์ ลำเจียกเทศ, อนรรักษ์ แสงจันทร์, และวิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล. (2561). การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการดูดเสมหะ version 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 10(2), 154–165.
- ลักขณา ศิริธิกุล, ดารินทร์ พนาสันต์, และจารุวรรณ สนองญาติ. (2563). ผลของการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถในการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(6), 374–388.
- วรัญญา ชลธารกัมปนาท, กฤษณี สุวรรณรัตน์, และกรรณิการ์ พรงาม. (2566). การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทารกแรกเกิดแบบเปลี่ยนชิ้นส่วนเพื่อส่งเสริมความมั่นใจและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 1–16.
- วินัย สยอวรรณ, ศราวุฒิ แพะขุนทด, ปุณณภา ชุมวรฐายี, และเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์. (2560). การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดนวดชนิดยางพาราสำหรับนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิตของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 71–82.
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรณันท์, และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ผลของกิจกรรมเสริมทักษะต่อความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 157–166.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาคยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178–194.
- สิวากรณ์ เจริญวงศ์, ทิพย์จัมพร เกษโกมล, และอภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2561). ห้องเรียนเสมือนจริงกับการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 120–128.
- สุรชาติ สิทธิปกรณ์, อภิญา คุมมาตย์, สุรพันธ์ สืบเนียม, จารุรินทร์ พงษ์ประเทศ, อุไร จำปาเวศี, วสันต์ แก้วเกลื่อน, ... นิตยา สุทธยากร. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 14”* (น. 600–609). ม.ป.ท.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dale, E. (1969). *Audio-visual methods in teaching* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. Retrieved from https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower3-BRM-Paper.pdf
- Mohamed, F. A., Mahmoud, F. S., Abdel-Salam, A. A. A., & Abd-Elaziz, S. M. (2024). Effect of integrated high-fidelity simulation on self-efficacy and satisfaction of pediatric nursing students regarding newborn assessment. *Journal of Nursing Science - Benha University*, 5(2), 364–380. Retrieved from https://fnur.stafpu.bu.edu.eg/Pediatric%20Nursing/1847/publications/Faten%20Shafik%20%20Mahmoud%20Nasaar%20%20%20%20%20_3.pdf
- Sugar, W., & Collyer, D. (2021). Reconsidering Dale’s Cone: Towards the development of a 21st century “Cone of Experience” to address social justice issues. *The Journal of Applied Instructional Design*, 10(4), 63–78. doi:10.59668/329.5269
-

ประสบการณ์การจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน The Experiences of Symptom Management and Health Service Seeking among Pregnant Women Infected with COVID-19 in Home Isolation

ปวีณา ทิวาสิริพงศ์, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ¹

Paweena Tivasiripong, M.N.S. (Midwifery) ¹

พัชรินทร์ พูลทวี, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์) ²

ตระกูลวงศ์ ฤๅชา, ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์) ³

Patcharin Poonthawe, Ph.D. (Nursing) ²

Trakulwong Luecha, Ph.D. (Medical Science) ³

วิชชาภรณ์ คัดสำโรง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ⁴

Witchaporn Kidsamrong, M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing) ⁴

Received: February 24, 2025

Revised: May 3, 2025

Accepted: May 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน และเข้ารับการดูแลในระบบ weSAFE@Home จำนวน 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ แนวคำถามในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ และแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ

^{1,3,4} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{1,3,4} Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: patcharh@buu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการต่างๆ ได้แก่ มีไข้ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก คัดจมูก หายใจไม่สะดวก ปวดเมื่อยตามตัว จมูกไม่ได้กลิ่น และลิ้นรับรสไม่ได้ โดยมีวิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การรับประทานยาแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาล และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ส่วนการแสวงหาบริการสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประเมินการจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ เพื่อให้สามารถวางแผนการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการอาการ การแสวงหาบริการสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This qualitative research aimed to explore the experiences of symptom management and health service seeking among pregnant women infected with COVID-19 in home isolation. The participants were 15 pregnant women infected with COVID-19 in home isolation under the support of the weSAFE@Home. The research instruments consisted of the researchers, a personal data record form, an interview guideline, and a field observation record form. Data were collected through in-depth interviews from March to April 2023. Data were analyzed by frequency, mean, standard deviation, content analysis, and thematic analysis.

The research results revealed that pregnant women infected with COVID-19 experienced symptoms such as fever, headache, cough, sore throat, runny nose, nasal congestion, difficulty breathing, body pain, loss of smell, and altered taste perception. The participants employed various strategies for symptom management, including adapting self-care behaviors, utilizing medications prescribed by hospitals, and employing traditional remedies. For health service seeking, there were two main approaches: relying on seeking care from modern medical systems, either independently or in combination with traditional remedies.

This research suggests that antenatal nurses should assess symptom management and health service seeking among pregnant women during the outbreak of various infectious diseases. This will help plan health services that are consistent with the needs of pregnant women, as well as increase effective access to health services.

Keywords: Symptom management, Health service seeking, Pregnant women, COVID-19 infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่เรียกว่า SARS-CoV-2 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ที่ได้รับการยืนยันมากกว่า 240 ล้านคนทั่วโลก และยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2021a) สำหรับในประเทศไทย การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอัตราในทิศทางเดียวกันกับทั่วโลก จากรายงานของกรมควบคุมโรคเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ระบุว่าผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,850,482 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ 1,801 คน เสียชีวิต 31 คน โดย 29 คน เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบรุนแรง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีความรุนแรงของโรคมากกว่าคนทั่วไป มีโอกาสเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ ทารกตายในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (กรมควบคุมโรค, 2565) จึงถือได้ว่า การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเร่งด่วนระดับโลก และต้องให้การดูแลที่แตกต่างตามระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกาย ผู้ติดเชื้อแต่ละคนมักมีอาการของโรคและระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสุขภาพของแต่ละคน (WHO, 2021b) หญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง และที่สำคัญคือ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายระหว่างการตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้แสดงอาการต่างๆ เช่น มีไข้ ไอ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีเสมหะ บางรายมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก และมีอาการรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป การติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร

และการนอนหลับระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (บรรพต ปานเคลือบ, 2564; Hassanipour et al., 2021) โดยประเทศไทยมีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกกลุ่มรวมถึงหญิงตั้งครรภ์ ตามระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งการจัดการอาการที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อได้ สำหรับประเทศไทย มีการแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรงของอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มสีแดง เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง หอบเหนื่อย หายใจลำบาก กลุ่มนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) กลุ่มสีเหลือง เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว กลุ่มนี้จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หากไม่มีอาการรุนแรงจะพิจารณาให้พักรักษาที่โรงพยาบาลสนามหรือที่บ้าน และ 3) กลุ่มสีเขียว เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่รุนแรง ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่นขึ้น หรือถ่ายเหลว ผู้ติดเชื้อจะได้พักรักษาที่โรงพยาบาลสนาม หรือได้รับการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) หรือการกักตัวในชุมชนหรือศูนย์พักคอยเพื่อส่งต่อ (community isolation) (กรมการแพทย์, 2564)

ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแอปพลิเคชัน weSAFE@Home ผู้ติดเชื้อจะได้รับการแยกกักตัวที่บ้าน การกักตัวในชุมชนหรือศูนย์พักคอย ตามความเหมาะสมของแต่ละราย โดยระบบการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อ คือ กลุ่มสีเขียวและกลุ่มสีเหลือง สามารถรักษาที่บ้านได้ เพื่อลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจำกัด ภายใต้การดูแลของบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ (กรมควบคุมโรค, 2564) จากการที่มหาวิทยาลัยบูรพาได้พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมแอปพลิเคชัน weSAFE@Home ภายใต้โครงการ “กินอยู่ดี แพลตฟอร์ม” ซึ่งระบบการดูแลด้วยแอปพลิเคชัน weSAFE@Home มีผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาในระบบมากกว่า 200,000 คน โดยมีผู้ติดเชื้อที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

และมารดาหลังคลอดเข้ารับการดูแลมากกว่า 60,000 คน (สถิติการใช้งานระบบ weSAFE@Home และช่วยเหลือผู้ป่วย, ม.ป.ป.) เนื่องจากระบบการดูแลไม่ได้เป็นเพียงการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วไปเท่านั้น แต่ระบบนี้มีการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ คือ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลที่มีความรู้ในการดูแลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ได้ทันที รวมถึงการประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ระบบ weSAFE@Home จึงได้รับความไว้วางใจและพึงพอใจอย่างมากในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการแต่ละรายมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บางรายมีอาการเล็กน้อย บางรายมีอาการรุนแรง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์บางรายมีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในหลายรูปแบบ เพื่อให้ตนเองมีอาการบรรเทาและลดผลกระทบต่อการตกในครรภ์

อาการ (symptom) ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการแสดงอาการของโรคที่ใกล้เคียงกัน แต่ความรุนแรงมากน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา สังคม หรือการรับรู้ การที่บุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองที่กำลังเผชิญว่ามีความรุนแรง และอาการเจ็บป่วยนั้นจะส่งผลกระทบต่อชีวิต บุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการอาการเจ็บป่วย เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือดีขึ้น (Dodd et al., 2001; Wu & McGoogan, 2020) เช่น การจัดการอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ว่าสามารถทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรงและอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์, 2563) ผู้ติดเชื้อแต่ละคนจึงมีวิธีการจัดการอาการที่

แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้หรือศักยภาพของแต่ละบุคคล (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการอาการที่เข้าถึงได้ง่ายและปลอดภัยต่อตนเอง และทารกในครรภ์มากที่สุด

การแสวงหาบริการสุขภาพ (health service seeking) คือ สิ่งที่บุคคลเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดต่อสุขภาพของตนมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ การแสวงหาบริการสุขภาพเริ่มตั้งแต่การรับรู้และการประเมินอาการเจ็บป่วยของตน จนถึงการเลือกใช้บริการในการดูแลสุขภาพ (Tay et al., 2022) เพื่อช่วยในการจัดการอาการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การลดความเสี่ยงต่อโรค และการควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรค (Poortaghi et al., 2015) ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ทางบวกและเคยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ จะช่วยให้สามารถแสวงหาข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการแสวงหาข้อมูลสุขภาพช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจทางสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมทางสุขภาพและการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมถึงมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, ฉันทิกา จันทรเปี้ย, และวชิรา วรรณสถิตย์, 2563)

การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วและความรุนแรงของโรคลดลง (Khosravani, Steinberg, Incardona, Quail, & Perri, 2020; Renshaw, Caulkin, Cox, Dave, & McAleny, 2021) โดยการควบคุมอาการที่เกิดจากโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น มีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่

บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทราบเกี่ยวกับประสบการณ์ การจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับ การดูแลในระบบ weSAFE@Home ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการและการแสวงหา บริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักอาศัยที่บ้าน โดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงคุณภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สะท้อนมุมมองที่ หลากหลายในทุกมิติของการจัดการอาการและการ แสวงหาบริการสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็น ประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และตอบสนองความ ต้องการของหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการและ การแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักอาศัยที่บ้าน

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนว ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนวติกส์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับ ความเห็นบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลให้คุณค่าหรือความหมาย แต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการ ดำเนินชีวิต รวมทั้งภูมิหลัง เช่น อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคม การศึกษาตามแนวปรากฏการณ์ วิทยาแบบเฮร์เมเนวติกส์เป็นการศึกษาประสบการณ์ ตามสภาพที่เป็นจริง ตามการรับรู้และการให้ความหมาย ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยมีวิธีการ ค้นหา วิเคราะห์ เขียนบรรยายและอธิบายประสบการณ์ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมาจากการสัมภาษณ์บนพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของผู้ให้ ข้อมูลโดยตรง โดยมุ่งทำความเข้าใจความหมายของ ประสบการณ์ในมุมมองของเจ้าของประสบการณ์

(Ramsook, 2018; Streubert & Carpenter, 2011) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่พักอาศัยที่บ้าน ที่ต้องเผชิญกับ ความเจ็บป่วย อาการที่เกิดจากโรค และความวิตกกังวล ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับบุตรในครรภ์ รวมทั้งการจัดการ อาการต่างๆ ตามความรู้และความเชื่อของตน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนวติกส์ **ผู้ให้ข้อมูล** ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักอาศัยที่บ้าน และเข้ารับ การดูแลในระบบ weSAFE@Home โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เข้ารับการดูแลในระบบ weSAFE@Home ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2566 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation) กล่าวคือ มีแบบแผนข้อมูลที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คน เลือก ผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ นอกจาก ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์แล้ว ยังมีการเตรียมความพร้อมด้าน วิชาการ โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ในสถานการณ์จริง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิง ตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อาชีพครุฑ ในช่วงที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนครั้งของการ

ตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ การปฏิบัติงานด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การรับรู้อาการและการจัดการอาการ และส่วนที่ 2 การแสวงหาบริการสุขภาพ มีลักษณะ คำถามเป็นแบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่ สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะ ทำการสัมภาษณ์

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัย ที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ (2 คน) และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ ได้คำดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการ แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ HS074/2565 วันที่ 20 ธันวาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดย จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบงานโรคระบบ ทางเดินหายใจในการประสานเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูล ขอนัดหมาย วันและเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ เมื่อถึงวันและเวลา ที่นัดหมาย ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ ผู้ให้ข้อมูลตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ สอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วน บุคคลของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์ผ่านทางระบบ Zoom และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ (หาก ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการใช้ระบบ Zoom ผู้วิจัยใช้การ วิดีโอคอลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์) จากนั้นดำเนินการ สัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งทำการสังเกต และบันทึกข้อมูล ในแบบบันทึกภาคสนาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทป การสัมภาษณ์ ร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบ เนื้อหาที่วิเคราะห์แล้วร่วมกับผู้ให้ข้อมูล (Polit & Beck, 2012) ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคมถึงเดือนเมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของ หญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และ วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ซึ่ง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจะได้รับการวิเคราะห์ เนื้อหา เพื่อนำมาจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็น ที่ปรากฏ จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อสกัดประเด็นหลักและประเด็นรอง ซึ่งจะช่วยสะท้อน ความหมายและมุมมองของผู้ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา โดยผู้วิจัยอ่านเรื่องราวจากการบันทึกการสัมภาษณ์ ทั้งหมดและหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงของข้อมูล และ

ให้รหัสข้อมูล (code) คัดแยกข้อมูลรหัสเดียวกันมาอยู่ด้วยกัน และยกประโยคคำพูด (quotation) ของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องมาวางเรียงลงรหัส (sub code) สรุปประมวลความโดยใช้ภาษาวิชาการในการอธิบายเรื่องราวให้ครอบคลุมเนื้อหา คัดเลือกประโยคคำพูดที่ยืนยันข้อสรุปได้ชัดเจนที่สุดมาประกอบ (Munhall, 2012)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1994) ที่กำหนดไว้ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านทฤษฎี และโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ย้อนกลับมาตรวจสอบความเข้าใจในการสรุปและตีความข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม 3) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) ผู้วิจัยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึก และเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ตลอดจนนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (conformability) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบในการสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปด้วยตนเอง และบันทึกข้อมูลที่ได้อย่างเป็นระเบียบและเป็นหมวดหมู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ($SD = 1.63$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 9 คน ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท จำนวน 10 คน อายุครรภ์ในช่วงที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในช่วง 4–9 เดือน เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก มากที่สุด จำนวน 7 คน และส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งแรก จำนวน 12 คน

2. ประสบการณ์การจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์อาการที่มีผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุดจากการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่พักอาศัยที่บ้าน และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแสวงหาบริการสุขภาพ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ อาการและการจัดการอาการ และการแสวงหาบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 อาการและการจัดการอาการ เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาการของผู้ที่ได้รับเชื้อจึงมีหลายอาการ และมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับและภูมิคุ้มกันของร่างกาย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์เองก็มีร่างกายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงอาการและมีการจัดการอาการ ดังนี้

2.1.1 มีไข้ ปวดศีรษะ เป็นอาการที่มีผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุด โดยจะเริ่มมีอาการไข้ ร้อน ๆ หนาว ๆ ไม่สบายตัว จึงเป็นเหตุให้สงสัยและนำ ATK มาตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ ต่อมาอาการปวดศีรษะจะมากลี้ ๆ กัน ปวดมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“เอ่อ คือทีแรกจะแบบร้อน ๆ หนาว ๆ แล้วก็ เอ่อ มีไข้ค่ะ พอมีไข้ ไข้ก็สูง พอไข้สูงเราก็อา ATK มาตรวจ แล้วมันก็ขึ้น” (ID2)

“คือเริ่มแรกเลยก็คือเป็นไข้ ตัวร้อน ๆ สักพัก พอไข้สูงมา มันก็กินอะไรไม่ค่อยลง อยากแต่จะนอนค่ะ” (ID5)

“ตัวเองก็เริ่มจากมีไข้ค่ะ ไข้สูง หลังจากไข้ก็มี อาการปวดหัวมากอะ ปวดจนแบบทำอะไรไม่ได้สักอย่าง ต้องนอนทั้งวัน” (ID8)

สำหรับการจัดการอาการไข้ ปวดศีรษะ หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองขณะติดเชื้อ เนื่องจาก มีความวิตกกังวลเรื่องการรับประทานยาว่าจะส่งผล ถึงทารกในครรภ์ ทำให้การจัดการอาการส่วนใหญ่ คือ การรักษาแผนปัจจุบันจากโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ยาพาราเซตามอล การใช้เจลลดไข้ การดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อลดอุณหภูมิร่างกาย บางรายใช้วิธีการรับประทาน ยาสมุนไพรของแพทย์แผนไทยที่มีผู้ใหญ่ให้ข้อมูลว่า หญิงตั้งครรภ์รับประทานได้ และการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการรักษา คือ การอาบน้ำสมุนไพรเพื่อลดไข้ การ พักผ่อนมากๆ และบางรายปล่อยให้หายเอง เนื่องจาก มีความวิตกกังวลว่ายาจะมีผลต่อทารกในครรภ์ ดังคำพูด ต่อไปนี้

“กินแค่พารา (พาราเซตามอล) ค่ะ พารา อย่างเดียว เพราะว่าตอนนั้นหนูตั้งครรภ์ ไม่สามารถทาน พวกฟ้าวิได้อย่างเจี๊ยงค่ะ ก็ทานแค่พารามันก็ทุเลาลง” (ID2)

“มีไข้ตอนนั้นได้แค้กินยาค่ะ พารา กินยาบ้าง แต่ก็ไม่ได้ขึ้น แต่ก็ทำอะไรไม่ได้ ก็ทน ๆ ไปค่ะ แล้วก็ เช็ดตัวเอง” (ID3)

“ช่วงมีไข้ ปวดหัว ก็ใช้เจลแปะหัวสัฟฟ้า ๆ แปะ ช่วยลดไข้ได้ แล้วก็พยายามวัดไข้ตัวเองตลอด แล้วก็ กินยาพาราค่ะ” (ID5)

“พยายามกินแคว้นละเม็ดเท่านั้นละคะ แล้วก็ กินน้ำอุ่น แล้วก็พักผ่อนเยอะ ๆ ค่ะ ก็ดีขึ้น” (ID8)

“กิน เอ่อ เป็นยาสมุนไพรของแพทย์แผนไทย

สมุนไพรที่เขาบอกว่าคนท้องทานได้ เป็นสมุนไพรเกี่ยวกับ แก้วพวกโรคระบบทางเดินหายใจ อะไรสักอย่างหนึ่งที่เป็น แก้วโควิดอะค่ะ พอได้ทานตัวนั้นอยู่ประมาณสองสามวัน ไข้ก็ลดลง” (ID9)

“อ้อ หนูมีคนแก่เขาแนะนำมาบอกว่าให้เอา พวกตะไคร้ ใบมะกรูด แล้วก็พวกใบมะขามมาต้มอาบ เพื่อลดไข้ค่ะ” (ID10)

“คือไข้ เอ่อ ตอนนั้นมันกินยาไม่ได้อะค่ะ มัน ก็เลยแบบเหมือน เหมือนปล่อยตามสภาพ” (ID11)

2.1.2 ไอ เจ็บคอ เป็นอาการที่มีผลกระทบ ต่อชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เช่นกัน โดยเริ่มต้นจะมีอาการ ไอแห้ง ๆ ไอบ่อย เมื่อไอแล้วมีอาการอาเจียน ทำให้ ไม่สบาย บางรายมีอาการไอมากจนไม่สามารถ นอนหลับได้ และตามมาด้วยอาการเจ็บคอ โดยอาการ เจ็บคอจะเป็นหนักมากในช่วง 2-3 วัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนนั้นก็เริ่มจากมีอาการไอเล็กน้อย แบบ ไอแห้งๆ ไอหนักมากจนไม่มีเสียงเลยคะ แล้วก็ตาม ด้วยเจ็บคอมากประมาณสองสามวัน” (ID4)

“อ้าว ไอ ไอหนักมากคะ ไอมากจนรู้สึกว่ อยาจะอ้วก ไอตลอดแบบนอนไม่ได้เลยนะคะ” (ID7)

“เจ็บคอคะ คือมันจะหนักไปที่ แบบเจ็บคอ มาก ทั้งไอและเจ็บคอ” (ID12)

สำหรับการจัดการอาการไอ เจ็บคอ หญิง ตั้งครรภ์ใช้วิธีการดื่มน้ำ/น้ำอุ่น หรือน้ำมะนาว น้ำผึ้ง น้ำส้ม น้ำจิง เพื่อช่วยให้ชุ่มคอ เนื่องจากทราบว่า มี วิตามินซีมาก ซึ่งจะทำให้ร่างกายแข็งแรง รวมทั้ง วิตกกังวลเรื่องการรับประทานยาว่าจะมีผลต่อบุตร ในครรภ์ นอกจากนี้ บางรายมีการใช้ยาแก้ไอที่ได้จาก โรงพยาบาล ยาม ยามสมุนไพร เช่น ยามมะขามป้อม ที่ช่วยให้ชุ่มคอ ช่วยลดอาการไอ การใช้ยาสมุนไพร พื้นบ้าน เช่น ใบมะกรูด ข่า ตะไคร้ ดมสูดดม ดังคำพูด ต่อไปนี้

“ดื่มน้ำอุ่นกับมะนาวค่ะ แล้วก็กินน้ำอุ่นเยอะ ๆ ตลอดคะ กินแทนน้ำเย็นหรือน้ำอุณหภูมิห้องไปเลยตลอด ทุกครั้งคะ ไม่กล้าทานยาอื่น เพราะว่าเราต้องอยู่ ก็กลัว

ว่าจะมีผลต่อลูก” (ID1)

“ดื่มน้ำอุ่นค่ะ แล้วก็พวกน้ำผลไม้ น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำขิง อะไรอย่างเงี้ย ที่มีวิตามินซีเยอะๆ อะคะ ที่จะให้ร่างกายกลับมาแข็งแรง เสริมภูมิคุ้มกัน” (ID2)

“ดื่มน้ำมะนาว แล้วก็กินน้ำผึ้งค่ะ จิบน้ำอุ่น คือทำทุกอย่างให้มันดีขึ้น ทุกอย่างที่เขาบอกว่าจะทำให้ หายเจ็บคอก็คือเอาหมด” (ID4)

“กินยาแก้ไอที่หมอให้มาอะ ที่เป็นมะขามป้อม เป็นยาน้ำ กินยาอมหน่อย ยาอมที่เป็นตัวละลายลาย เสมหะนะ” (ID7)

“ตอนนั้นกินยาอมค่ะ ที่ซื้อมาเองคะ ยาอม เป็นยาอมสมุนไพรหย่อยๆ กากิก็เคี้ยว แก้วไอ ขั้วเสมหะ สีเหลืองอะคะ” (ID9)

“จะเอาสมุนไพรมาต้มคะ เช่น ขิง แล้วก็จิบ เยอะๆ จิบสลับกับน้ำอุ่น แล้วก็พ่นยาแก้ไอ แก้วเจ็บคอ ที่ได้มาจากโรงพยาบาลอะคะ” (ID10)

“ใช้สมุนไพรคะ พวกเครื่องดมยา ไบเมกรูด ข่า ตะไคร้ มาต้ม แล้วเข้าอบในกระโจมคะ ทำเป็น กระโจมแล้วก็มุดหน้าเข้าไปเลย” (ID11)

“ทำอะไรไม่ได้คะ ต่อให้หมอให้ยามาหนูก็ ไม่ได้กินนะคะ เพราะหนูกลัว หนูกลัวน้อง (บุตรในครรภ์) จะเป็นอะไร ปลอ่ยให้หายเองดีกว่า” (ID12)

2.1.3 มีน้ำมูก คัดจมูก หายใจไม่สะดวก อาการมีน้ำมูก คัดจมูก และหายใจไม่สะดวก เป็นอาการ ที่พบหลังจากอาการไข้ลดลง โดยจะเริ่มจากคัดจมูก และมีน้ำมูกใสๆ ซึ่งส่งผลให้มีอาการหายใจไม่สะดวก ดังคำพูดต่อไปนี้

“วันต่อมาหลังจากที่ไข้ลงก็จะมีอาการคัดจมูก มีน้ำมูกคะ และมีเสลดนิดหนึ่ง แล้วก็หายใจไม่ค่อยออก มันจะแน่นๆ นะคะ มาพร้อมๆ กับอาการไอ เจ็บคอ” (ID2)

สำหรับการจัดการอาการมีน้ำมูก คัดจมูก หายใจไม่สะดวก หญิงตั้งครรภ์ใช้วิธีการรับประทานยา ลดน้ำมูกที่ได้จากโรงพยาบาล การใช้ยาสมุนไพรสดุดม เพื่อช่วยลดอาการแน่นจมูก และไม่ได้จัดการใดๆ

ปลอ่ยให้หายเอง เนื่องจากวิตกกังวลเรื่องผลที่จะเกิด กับบุตรในครรภ์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอมีน้้ำมูกเยอะ ก็กินยาลดน้้ำมูกคะ จาก โรงพยาบาลที่คุมหมอมให้มา เม็ดสีเหลืองๆ กินแล้วก็ง่วง ช่วยให้อหลับด้วย” (ID2)

“หนูเวลาแน่นจมูกมาก ๆ ใช้หัวหอมคะ มีผู้ใหญ่บอกมา เอาหัวหอมไปละลายในน้ำร้อนแล้วก็ สูดดม แล้วก็โล่งคื่นะคะ ดีด้วยไม่เป็นอันตราย แล้วก็ พยายามเดินออกกำลังคะ ให้มันโล่ง” (ID4)

“รักษาตามอาการคะ ไม่ได้ทำอะไร ตนเอง คิดว่าเดี๋ยวก็หายเอง เพราะว่าท้อง ไม่กล้ากินยาอะไร กลัวมีผลกับลูก” (ID6)

2.1.4 ปวดเมื่อยตามตัว อาการปวดเมื่อย ตามตัวเป็นอาการที่มาพร้อมๆ กับอาการไข้ โดยเฉพาะ เมื่อมีไข้สูง อาการปวดเมื่อยตามตัวทำให้ไม่สุขสบาย นอนหลับพักผ่อนไม่ได้ แต่อาการก็จะมียี่งวันแรก ที่ ไข้ขึ้นสูง เมื่อไข้ลงอาการปวดเมื่อยตามตัวก็จะลดลง ดังคำพูดต่อไปนี้

“มีอาการปวดเมื่อยตามตัวอะ ปวดไปหมด ตามตัวแขนขา นอนไม่ได้ ต้องกินยาลดไข้ ดีเป็นแค่ วันแรก วันอื่นๆ เมื่อไข้ลงก็ไม่ปวด” (ID4)

“ก็มีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัวคะ ปวดแขน ขา นอนไม่ค่อยหลับ ไม่สุขสบาย ส่วนอาการอื่นก็ ไม่มาก” (ID6)

สำหรับการจัดการอาการปวดเมื่อยตามตัว อาการปวดเมื่อยตามตัวที่มาพร้อมอาการไข้ หญิงตั้งครรภ์ ทราบว่าอาการดังกล่าวเป็นผลมาจากการมีไข้ การจัดการ อาการที่ปฏิบัติ คือ การรับประทานยาลดไข้ที่ได้จาก โรงพยาบาล และการนอนพัก เนื่องจากอาการปวดเมื่อย ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ปวดเมื่อยตามตัวก็คือ จะกินพาราอย่างเดียวนะ ทานทุกสี่ชั่วโมงเลยคะ หรือว่ามีอาการก็ทาน วันสองวัน ที่ไข้ลงก็หายคะ” (ID4)

“ทานยาพาราที่คุมหมอมให้มาคะ ทานแล้วก็ นอนพัก น่าจะมาจากไข้ที่ขึ้นสูง นอนอย่างเดียวไปไหน

ไม่ไหว” (ID6)

2.1.5 จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นรับรสไม่ได้ เป็นอีกหนึ่งกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากการที่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายเข้าไปยังเซลล์ประสาท ทำให้เซลล์ประสาทรับกลิ่นและรับรสทำงานผิดปกติ ส่งผลให้มีอาการจมูกไม่ได้กลิ่นและลิ้นรับรสไม่ได้ โดยมีหญิงตั้งครรภ์เพียง 2 คน ที่มีอาการจมูกไม่ได้กลิ่นและลิ้นรับรสไม่ได้ ซึ่งทำให้รู้สึกวิตกกังวล รับประทานอาหารไม่อร่อย ดังคำพูดต่อไปนี้

“วันแรกมีอาการไข้และไอมาก ๆ ค่ะ แล้วก็เอ่อ วันต่อมาก็มีจมูกไม่ได้กลิ่นด้วย ตกใจเลย ก็น่าจะประมาณสี่ห้าวันจึงกลับมาได้กลิ่นปกติ” (ID3)

“อาการอื่นๆ นอกจากไข้ ก็จะมีจมูกไม่ได้กลิ่น แล้วก็ลิ้นไม่ได้รสตลอดค่ะ ตอนแรกก็ตกใจกินอะไรไม่ได้รสเลย เคยเห็นแต่เพื่อนเล่า เป็นจริง ๆ” (ID11)

สำหรับการจัดการอาการจมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นรับรสไม่ได้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การได้ยินเพื่อนหรือผู้ที่ป่วยเล่าให้ฟังว่าจะมีอาการดังกล่าว และเมื่อค้นหาข้อมูลทางสื่อออนไลน์จึงทราบว่าอาการดังกล่าวจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้ไม่ได้รับการหรือรับประทานยาใด ปล่อยให้หายเอง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ไม่ได้ทำอะไรเลยค่ะ เพราะว่าก็เหมือนเพื่อนเคยเล่า และหาข้อมูลทางเน็ตมาแล้ว คิดว่ามันน่าจะค่อย ๆ หายไปเอง” (ID11)

“เหมือนเป็นหวัดปกติเลยค่ะ ในความรู้สึกหนูนะค่ะ แค่ไม่ได้กลิ่น เลยไม่ได้ทำอะไร สามวันก็หายเอง เริ่มจากจมูกได้กลิ่นก่อน ลิ้นรับรสได้ตามมา” (ID11)

2.2 การแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจึงพยายามที่จะแสวงหาการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ การแสวงหาบริการสุขภาพจึงเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การเลือกใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพต่างๆ ซึ่งบุคคลจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพใดขึ้นอยู่กับปัจจัย

ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแสวงหาบริการสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน ดังนี้

2.2.1 ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลือกใช้วิธีการรักษาจากโรงพยาบาล คือ รับประทานยาที่แพทย์จัดให้เท่าที่จำเป็น เนื่องจากมีความเป็นห่วงและวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“กินแค่พาราค่ะ พาราอย่างเดียว เพราะว่าตอนนั้นหนูตั้งครรภ์ ไม่สามารถทานพวกพาวีได้อย่างเจ็ยค่ะ ก็ทานแค่พารามันก็ทุเลาลง” (ID2)

“กินยาแก้ไอที่หมอให้มาอะ ที่เป็นมะขามป้อมเป็นยาน้ำ กินยามนน้อย ยามที่เป็นตัวยาละลายเสมหะนะ” (ID7)

“ปวดเมื่อยตามตัวก็คือ จะกินพาราอย่างเดียวทานทุกสี่ชั่วโมงเลยคะ หรือว่ามีอาการก็ทาน วันสองวันที่ใช้แล้วก็หายคะ” (ID4)

“พอมีน้ำมูกเยอะ ก็กินยาลดน้ำมูกคะ จากโรงพยาบาลที่คุณหมอให้มา เม็ดสีเหลือง ๆ กินแล้วก็ง่วง ช่วยให้หลับด้วย” (ID2)

2.2.2 ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลือกใช้การรักษาแผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งได้จากการบอกเล่าของผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ ยากจากแพทย์แผนไทยในชุมชน การมีความรู้ในเรื่องสมุนไพรของตนเอง ส่วนใหญ่เป็นการใช้

สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“หนูเวลาแน่นจมูกมากๆ ใช้หัวหอมค่ะ มีผู้ใหญ่บอกมา เอาหัวหอมไปละลายในน้ำร้อนและก็สูดดม แล้วก็โล่งดีนะค่ะ ดีด้วยไม่เป็นอันตราย แล้วก็พยายามเดินออกกำลังค่ะ ให้น้ำมันโล่ง” (ID4)

“กิน เอ๋ เป็นยาสมุนไพรของแพทย์แผนไทยสมุนไพรที่เขายกบอกว่าคนท้องทานได้ เป็นสมุนไพรเกี่ยวกับแก้พวกโรกระบบทางเดินหายใจ อะไรสักอย่างหนึ่งที่เป็นแก้โควิดจะค่ะ พอได้ทานตัวนั้นอยู่ประมาณสองสามวัน ไข้ก็ลดลง” (ID9)

“อ้อ หนูมีคนแก่เขาแนะนำมาบอกว่าให้เอาพวกตะไคร้ ใบมะกรูด แล้วก็พวกใบมะขามมาต้มอาบเพื่อลดไข้ค่ะ” (ID10)

“ดื่มน้ำอุ่นค่ะ แล้วก็พวกน้ำผลไม้ น้ำสัมน้ำมะนาว น้ำจิง อะไรอย่างเงี้ย ที่มีวิตามินซีเยอะๆ อะค่ะ ที่จะให้ร่างกายกลับมาแข็งแรง เสริมภูมิคุ้มกัน” (ID2)

“ตอนนั้นกินยาอมค่ะ ที่ซื้อมาเองค่ะ ยาอมเป็นยาอมสมุนไพรยี่ห้ออากิกเพียง แก้วไอ ขั้วเสมหะสีเหลืองอะค่ะ” (ID9)

“จะเอาสมุนไพรมาต้มค่ะ เช่น ขิง แล้วก็จิบเยอะๆ จิบสลับกับน้ำอุ่น แล้วก็พ่นยาแก้ไอ แก้วเจ็บคอ ที่ได้มาจากโรงพยาบาลอะค่ะ” (ID10)

“ใช้สมุนไพรค่ะ พวกเครื่องต้มยำ ใบมะกรูด ข่า ตะไคร้ มาต้ม แล้วเข้าอบในกระโจมค่ะ ทำเป็นกระโจมแล้วก็มุดหน้าเข้าไปเลย” (ID11)

นอกจากนี้ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก หญิงตั้งครรภ์ยังกล่าวถึงประเด็นความต้องการ ความคาดหวังเกี่ยวกับระบบ weSAFE@Home ซึ่งความต้องการ ความคาดหวังเป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้ ทั้งนี้ ความต้องการ ความคาดหวังของบุคคล จะเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พักอาศัยที่บ้าน และเข้ารับการดูแลด้วยระบบ weSAFE@Home ส่วนใหญ่มีความต้องการ

ความคาดหวังเกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทารกในครรภ์ ว่าการติดเชื้อจะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์หรือไม่ การรับประทานยาที่เหมาะสมเมื่อมีอาการต่างๆ รวมถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการดูแลตนเอง โดยมีหญิงตั้งครรภ์ 1 คนที่มีความต้องการ ความคาดหวังให้แนะนำเรื่องการรายงานผลด้วยระบบออนไลน์ให้ชัดเจน ดังคำพูดต่อไปนี้

“เราโอเคสุด เราอุ่นใจสุด เพราะว่าที่อื่นคือแบบวอลส์คือนึกไม่ได้ นู่นก็ไม่ได้ นี่ก็ไม่ได้ ต้องรอ ต้องอะไรแล้วในฐานะที่เราต้องอยู่ เราก็อยากรู้ว่าการติดเชื้อมันจะมีปัญหาถึงลูกไหม อะไรแบบเนี้ย แล้วก็ถ้ามีอาการแบบนี้ให้รีบกลับมาที่ รพ.แบบนี้ค่ะ” (ID2)

“หนูว่าน่าจะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแบบว่าถ้านอกเหนือจากยาพาราเซตามอลสามารถกินยาอะไรได้บ้าง ที่มันทำให้เราทุเลา เพราะว่าอย่างหนูก็ไม่ได้รู้เลยว่าหนูสามารถทานยาอะไรที่มันทุเลาบ้าง นอกจากพาราหรือยาแก้ภูมิแพ้ หนูก็ไม่กล้าทานยาตัวอื่น หรืออย่างเช่นข้อมูลเกี่ยวกับฟ้าทะลายโจร ว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถทานได้ไหม หรือว่าทานได้ปริมาณเท่าไร หรือเอายาอะไรที่มันมาทดแทนพาราได้มัย” (ID6)

“คำแนะนำเรื่องเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่มันจะต้องส่งข้อมูลอะค่ะ ผู้สูงอายุบางท่านทำไม่เป็น ว่าต้องกดอะไร อย่างไร อยากให้มีคำแนะนำซ้ำๆ ให้ผู้สูงอายุ” (ID9)

“ความคิดหนูก็น่าจะเป็นเรื่องที่เป็นโควิดกับคนตั้งครรภ์เนี่ยค่ะ เพราะว่าหนูไม่ค่อยได้คำแนะนำจากพวกพี่พยาบาลค่ะ ส่วนใหญ่เขาก็ตรวจอาการปกติ แต่หนูไม่รู้ แบบข้อมูลว่ามันจะส่งผลต่อลูกเราไหม หรือยังเงี้ย ที่ว่าคำแนะนำเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เนี่ยแบบเจาะจงนิดหนึ่งได้ไหม เช่น อาหารการกิน การดูแลการพักผ่อน กินยาอะไรได้บ้างไม่ได้บ้าง” (ID12)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อาการของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบ คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก คัดจมูก หายใจไม่สะดวก ปวดเมื่อยตามตัว จมูกไม่ได้กลิ่น และลิ้นรับรสไม่ได้ โดยทุกคนจะมีอาการไข้ก่อน และมีอาการอื่นๆ ตามมา เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะใช้ระยะเวลาในการฟักตัว 2-14 วัน และจะแสดงอาการของโรคภายใน 14 วันหลังได้รับเชื้อ ซึ่งบางรายอาจแสดงอาการที่รุนแรงได้ เนื่องจากในกระบวนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ไวรัสจะมีสารพันธุกรรม RNA สายเดี่ยว ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำลง และกระตุ้นให้มีการหลั่ง cytokines จำนวนมาก ที่เรียกว่า พายุไซโตไคน์ (cytokine storm) ส่งผลให้เนื้อปอดได้รับความเสียหาย ปอดเกิดการอักเสบ (pneumonia) (กิตติยากร คล่องดี และกิริมา สีนิล, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา สมศรี (2565) ที่พบว่า อาการทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุดของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ มีไข้ ไอ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีเสมหะ หอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก และเจ็บหน้าอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zaigham and Andersson (2020) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่มีไข้ ร้อยละ 68 มีอาการไอ ร้อยละ 34 โดยพบว่าอาการเริ่มแรกหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหญิงตั้งครรภ์เหมือนกับการติดเชื้อของประชาชนทั่วไป ซึ่งอาการที่นำมาก่อนและพบบ่อยที่สุด คือ อาการไข้ ตามมาด้วยอาการไอและอาการเจ็บคอที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือนอนหลับพักผ่อนได้ (บรรพต ปานเคลือบ, 2564; Hassanipour et al., 2021)

การจัดการอาการ เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือจัดการอาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวิธีการจัดการอาการโดยการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อน เช่น การดื่มน้ำมากๆ ดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำมะนาว การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์

มีความวิตกกังวลว่าหากรับประทานยาแผนปัจจุบันจะมีผลต่อบุตรในครรภ์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงรับประทานยาที่แพทย์จากโรงพยาบาลให้มา โดยรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เช่น รับประทานยาลดไข้เมื่อมีอาการไข้สูงเท่านั้น ไม่ซื้อยารับประทานเอง และถึงแม้อาการจะไม่ดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์บางรายก็ยังคงใช้การดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากความวิตกกังวลถึงผลกระทบของยาต่อบุตรในครรภ์ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์มีการจัดการอาการโดยการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านและใช้สมุนไพรที่ผู้ใหญ่หรือผู้มีประสบการณ์บอกเล่า เช่น การใช้สมุนไพรสดต้มเพื่อลดอาการคัดจมูก การใช้ยาสมุนไพรเพื่อลดอาการไข้ อาการไอ และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายใช้วิธีการจัดการอาการแบบผสมผสาน กล่าวคือ การรับประทานยาแผนปัจจุบัน การใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งการปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวความคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นอาการมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อตนเอง บุคคลจะหาวิธีการจัดการอาการนั้นตามประสบการณ์เดิม ภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรม หรือได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น เพื่อให้อาการได้รับการแก้ไขให้บรรเทาหรือหายไป สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2562) ที่พบว่า การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา โดยวิธีการใช้ยาสองส่วนใหญ่ คือ ยาแก้ปวด และวิตามิน ส่วนวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย

ส่วนการแสวงหาบริการสุขภาพนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแสวงหาบริการสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งประเทศไทยมีการบริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย การเลือกบริการสุขภาพของผู้รับบริการจึงอาจได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย ทั้งความเชื่อ วัฒนธรรม

สภาพเศรษฐกิจ การเข้าถึงการบริการสุขภาพ และที่สำคัญคือ ระดับความรุนแรงของอาการ หากเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย อาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการดูแลตนเองตามความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้อาการดีขึ้นและรักษาตัวที่บ้าน (ไวยุทธิ์ ศิริตัน, 2559) หากเป็นการเจ็บป่วยที่มีระดับรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้ตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับยาตามการรักษาแผนปัจจุบัน (วรรณ นุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับริด, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัย ยืนยาว (2560) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอุยกูในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม และการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทาส, ยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิง, และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร เพราะคิดว่าการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ไม่ดีเท่าที่ควร

สำหรับความต้องการ ความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้เพิ่มเติมจากหญิงตั้งครรภ์ขณะสัมภาษณ์ โดยความต้องการ ความคาดหวัง คือ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทารกในครรภ์ว่าจะเป็นอันตรายจากการติดเชื้อของมารดาหรือไม่ การรับประทานยาเมื่อมีอาการต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ต่อการดูแลทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษา

ของสุปิยา วิริไฟ และพิมลดา ลัดดางาม (2564) ที่ระบุว่า การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจเกิดความรู้สึกกังวลหรือหวาดกลัว โดยพยาบาลควรประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียด เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ และร่วมกันจัดการปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรมีการให้ความรู้และสื่อสารการดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในช่วงสถานการณ์วิกฤตโรคระบาด เช่น จัดทำสื่อการป้องกัน/การปฏิบัติตัว หรือจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการใช้ยาและสมุนไพรที่ปลอดภัยระหว่างการตั้งครรภ์

1.2 หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์ แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนทางเลือกที่หลากหลายในการจัดการอาการ โดยคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการจัดการอาการและการแสวงหาบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบท เขตเมือง หรือในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กว้างขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงสถานการณ์วิกฤตโรคระบาด เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=155

กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>

กรมควบคุมโรค. (2565). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/>

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92–103.

กิตติยากร คล่องดี, และกิริมา สีนิล. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(1), 7–15.

ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33–48.

รัชชัย ยืนยาว. (2560). *พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวภูอยู่ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครูทาศ, เขียวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง, และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี. (2563). พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 201–210.

บรรพต ปานเคลือบ. (2564). *งานวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอดง จังหวัดภูเก็ต*. สืบค้นจาก <https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/factors-related-to-symptoms-of-patients-covid-19-in-the-community-hospital-thalang-phuket/>

เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพสสอ.*, 1(1), 50–66.

วรรณา บุญสวยขวัญ, และอมรรัตน์ กลักรอด. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(2), 61–75.

ไววิทย์ สิริตัน. (2559). ลักษณะการซื้อยาของประชาชนจำแนกตามอาชีพและรายได้ ในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 11(36), 42–52.

ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, ฉันทิกา จันทร์เป็ย, และวชิรา วรรณสถิตย์. (2563). ประสบการณ์การรับบริการฝากครรภ์และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(4), 44–61.

- ศิริกัญญา สมศรี. (2565). ผลการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(1), 13–22.
- สถิติการใช้งานระบบ weSAFE@Home และช่วยเหลือผู้ป่วย. (ม.ป.ป.). สืบค้นจาก <https://www.kin-yoo-dee.com/wesafe-home>
- สุเปีย วิริไฟ, และพิมลดา ลัดดามม. (2564). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และการตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(43), 89–102.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hassanipour, S., Arab-Zozani, M., Amani, B., Heidarzad, F., Fathalipour, M., & Martinez-de-Hoyo, R. (2021). The efficacy and safety of favipiravir in treatment of COVID 19: A systematic review and meta analysis of clinical trials. *Scientific Reports*, 11(1), 11022. doi:10.1038/s41598-021-90551-6
- Khosravani, H., Steinberg, L., Incardona, N., Quail, P., & Perri, G. A. (2020). Symptom management and end-of-life care of residents with COVID-19 in long-term care homes. *Canadian Family Physician*, 66(6), 404–406. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7292525/>
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E., Parvizy, S., & Rafii, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 15, 523. doi:10.1186/s12913-015-1181-9
- Ramsook, L. (2018). A methodological approach to hermeneutic phenomenology. *International Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(1), 14–24. Retrieved from <https://shorturl.asia/KBOvR>
- Renshaw, J., Caulkin, R., Cox, S., Dave, D., & McAleny, L. (2021). Symptom management of COVID-19 positive patients in an acute NHS trust: A specialist palliative care team perspective. *Clinical Medicine*, 21(Suppl. 2), 15–16. doi:10.7861/clinmed.21-2-s15

- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Tay, M. Z., Ang, L. W., Wei, W. E., Lee, V. J. M., Leo, Y. S., & Toh, M. P. H. S. (2022). Health-seeking behavior of COVID-19 cases during the first eight weeks of the outbreak in Singapore: Differences between local community and imported cases and having visits to single or multiple healthcare providers. *BMC Public Health*, 22(1), 239. doi:10.1186/s12889-022-12637-8
- World Health Organization. (2021a). *Weekly epidemiological update on COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---19-october-2021>
- World Health Organization. (2021b). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
- Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 823–829. doi:10.1111/aogs.13867

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย* Factors Affecting the Use of Electronic Cigarettes among College Students in One Province in the Lower Northern Thailand*

หนึ่งฤดี นิ่มนุช, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Nungrudee Nimnuch, M.P.H. (Public Health)¹

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Chakkraphan Phetphum, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: March 1, 2025 Revised: April 29, 2025 Accepted: May 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จำนวน 839 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับน้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ มีค่าความเชื่อมั่น .96 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับน้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์ มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม และแบบสอบถามการใช้น้ำหรืออิเล็กทรอนิกส์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nimnuch88@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความชุกของการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาเท่ากับร้อยละ 10.73 และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (AOR = 3.95, 95% CI = 1.49–10.45, $p < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ (AOR = 2.92, 95% CI = 1.44–5.92, $p < .01$) การพบเห็นโฆษณาบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต (AOR = 54.60, 95% CI = 20.50–145.41, $p < .01$) การพบเห็นการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ (AOR = 4.09, 95% CI = 2.04–8.18, $p < .01$) และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน (AOR = 32.70, 95% CI = 11.32–94.45, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์และการลดอิทธิพลจากเพื่อน เพื่อป้องกันการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในเยาวชน

คำสำคัญ: บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ นักศึกษาอาชีวศึกษา ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate the prevalence of the use of electronic cigarettes (e-cigarettes) and factors affecting the use of e-cigarettes among college students. The samples were 839 college students in one province in the lower northern Thailand. The research instruments included a personal data questionnaire, a knowledge regarding e-cigarette test with a reliability of .78, a perceived susceptibility to disease associated with e-cigarette questionnaire with a reliability of .96, a perceived severity of disease associated with e-cigarette questionnaire with a reliability of .73, a stress assessment form, a perception of law regarding e-cigarette questionnaire with a reliability of .80, an enabling factor questionnaire, a reinforcing factor questionnaire, and a use of e-cigarette questionnaire. Data were collected from January to March 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and multiple logistic regression analysis (enter method).

The research results revealed that 1) the prevalence of the use of e-cigarettes among college students was 10.73%; and 2) the factors that statistically significantly affected the use of e-cigarettes among college students were composed of gender (AOR = 3.95, 95% CI = 1.49–10.45, $p < .01$), perceived susceptibility to disease associated with e-cigarettes (AOR = 2.92, 95% CI = 1.44–5.92, $p < .01$), exposure to e-cigarette advertising on the internet

(AOR = 54.60, 95% CI = 20.50–145.41, $p < .01$), exposure to e-cigarette use in public (AOR = 4.09, 95% CI = 2.04–8.18, $p < .01$), and influence of friends (AOR = 32.70, 95% CI = 11.32–94.45, $p < .01$).

This research suggests that related agencies should provide activities that enhance perceived susceptibility to disease associated with e-cigarettes and decrease the influence of friends. This will help prevent the use of e-cigarettes among youths.

Keywords: Electronic cigarettes, College students, The lower northern Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์จัดเป็นกลุ่มสารเสพติดชนิดใหม่ที่ใช้จะได้รับสารนิโคตินเหลวผ่านการระเหยด้วยความร้อนจากไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายโดยไม่มีการเผาไหม้ใบยาสูบ การใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกคิดค้นโดยเภสัชกรชาวจีนในปี ค.ศ. 2003 และเริ่มเข้าสู่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2007 จากนั้นจึงแพร่หลายไปยังประเทศต่างๆ ในเวลาต่อมา (Regan, Promoff, Dube, & Arrazola, 2013) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ถูกผลิตขึ้นมาเพื่อทดแทนการใช้นิโคติน โดยผู้ผลิตอ้างว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะไม่มีใบยาสูบและไม่มีการเผาไหม้ อีกทั้งสามารถช่วยให้เลิกใช้นิโคตินได้ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล และ ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2557)

ผู้ใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในทวีปยุโรปบางส่วนและประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราการใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 1.50 ในปี ค.ศ. 2011 เป็นร้อยละ 20.80 ในปี ค.ศ. 2018 (World Health Organization, 2019) จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในประเทศไทยพบว่า เยาวชนมีการใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์ร้อยละ 9.10 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากคนรอบข้าง ได้แก่ ถูกชักชวนจากเพื่อนร้อยละ 92.20 ถูกชักชวนจากญาติร้อยละ

3.20 และถูกชักชวนจากคนในครอบครัวร้อยละ 1.60 (สุระ วิเศษศักดิ์, 2566) ซึ่งในปัจจุบัน บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้รับความนิยมอย่างรวดเร็วเนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย มีการจำหน่ายทางอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย และมีการออกแบบรูปลักษณะ สี และกลิ่นที่สามารถดึงดูดความสนใจของเยาวชน (กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พรนภา หอมสินธุ์, และยุวดี ลีลักษณ์าริ, 2565)

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นอุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดละอองไอน้ำในลักษณะคล้ายควันบุหรี่ โดยส่งนิโคตินแบบอิเล็กทรอนิกส์ (electronic nicotine delivery systems [ENDS]) เพื่อให้พลังงานความร้อนจากแบตเตอรี่และให้ความร้อนแก่ของเหลวที่อยู่ภายใน ซึ่งส่วนประกอบหลัก คือ สารนิโคติน สารโพรพิลีนไกลคอล และสารแต่งกลิ่นและรสชาติ จนระเหยกลายเป็นไอละอองทำให้ผู้ใช้คิดว่าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีความปลอดภัยกว่านิโคติน แต่แท้จริงแล้วการใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์มีสารพิษเหมือนกับนิโคติน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีสารนิโคตินเหลวซึ่งมีความเข้มข้นมากกว่านิโคตินในนิโคตินปกติถึง 6 เท่า เมื่อสูดเข้าสู่ร่างกายจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในระยะสั้นและระยะยาว (กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ, 2565) โดยในปี ค.ศ. 2019 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงจากการใช้นิโคตินอิเล็กทรอนิกส์ (e-cigarette or vaping product use associated lung injury

[EVALI]) จำนวน 2,561 ราย เสียชีวิตจำนวน 55 ราย และจากการประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองระดับนานาชาติในปี ค.ศ. 2019 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคนซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รายงานผลการวิจัยทางการแพทย์ที่ยืนยันว่า ผู้ที่ใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเพิ่มขึ้นร้อยละ 71 และเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ และยังเป็นการเร่งให้เกิดภาวะเสพติดสารนิโคตินในกลุ่มเยาวชนที่เป็นนักสูบหน้าใหม่ให้เร็วยิ่งขึ้น (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์มีความเสี่ยงที่จะเกิดการระเบิดได้ จากการสำรวจพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2015–2016 ประเทศสหรัฐอเมริกามีเหตุการณ์นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ระเบิดขณะใช้งานมากถึง 2,035 ครั้ง (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน ผู้วิจัยสรุปเป็นกลุ่มตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence and Green (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ได้ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ การใช้กฎหมาย การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้นูหรือโรงงาน (Mehra, Keethakumar, Bohr, Abdullah, & Tamim, 2019) ความเครียด (Lindström & Rosvall, 2018) สายการเรียนและผลการเรียน (Kinnunen et al., 2015) การรับรู้อันตรายของนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ (Patiño-Masó et al., 2019) ทศนคติที่มีต่อนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ (El-Toukhy, Sabado, & Choi, 2018) และการยอมรับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของคนในสังคม (Agarwal, Loukas, & Perry, 2018) 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้โฆษณาการขายนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต (Dai & Hao, 2016) และการพบเห็นการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ (จิตติรัตน์ ราศิริ, 2565) และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว ความ

สัมพันธ์ในครอบครัว การเผชิญความยากลำบากที่โรงเรียน (Lindström & Rosvall, 2018) การใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของเพื่อน และการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในครอบครัว (Agarwal et al., 2018) ทั้งนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษายังมีค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้เกี่ยวข้องในการนำไปออกแบบโปรแกรมหรือพัฒนาแนวทางป้องกันและลดการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

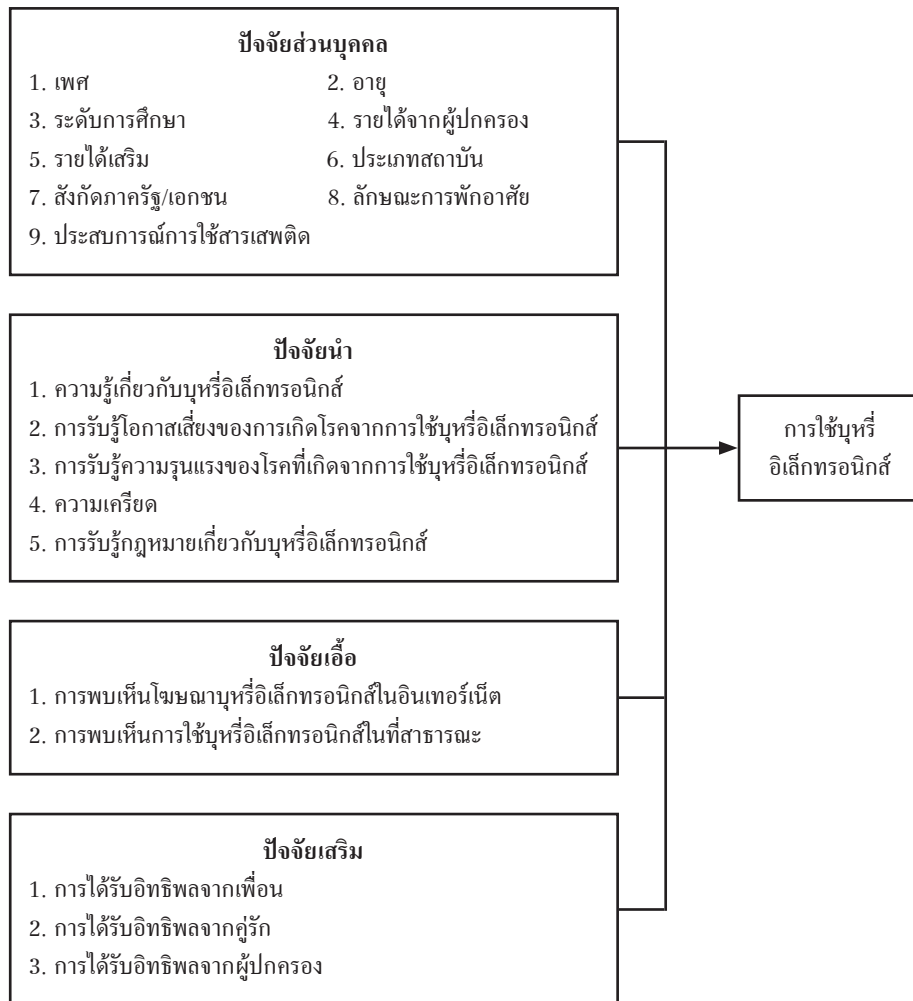
ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้จากผู้ปกครอง รายได้เสริม ประเภทสถาบันสังกัดภาครัฐ/เอกชน ลักษณะการพักอาศัย และประสบการณ์การใช้สารเสพติด) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ ความเครียด และการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์) ปัจจัยเอื้อ (การพบเห็นโฆษณาหรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต และการพบเห็นการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ) และปัจจัยเสริม (การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน การได้รับอิทธิพลจากครู และ การได้รับอิทธิพล

จากผู้ปกครอง) มีผลต่อการใช้บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ของเยาวชน และจัดกลุ่มตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้จากผู้ปกครอง รายได้เสริม ประเภทสถาบัน สังกัดภาครัฐ/เอกชน ลักษณะการพักอาศัย และประสบการณ์

การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ ความเครียด และการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพบเห็นโฆษณาบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ในอินเทอร์เน็ต และการพบเห็นการใช้บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ในที่สาธารณะ และ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน การได้รับอิทธิพลจากครูรัก และการได้รับอิทธิพลจากผู้ปกครอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จำนวน 5 สถาบัน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมจำนวน 12,562 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามาถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Daniel, 1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 767 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถาม แบบทดสอบ หรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 839 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

โดยเลือกสาขาวิชา 1 สาขาวิชา จากแต่ละสถาบัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จำนวน 5 สาขาวิชา และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (ของชั้นปี) ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 9 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทสถาบัน สังกัดภาควิชา/เอกชน รายได้จากผู้ปกครอง รายได้เสริม ลักษณะการพักอาศัย และประสบการณ์การใช้สารเสพติด จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-3 คะแนน) และในระดับสูง (4-5 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ (10-30 คะแนน) และในระดับสูง (31-50 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะ

คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ (10-26 คะแนน) และในระดับสูง (27-50 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2541 จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับน้อย (0-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-41) ในระดับสูง (42-61 คะแนน) และในระดับรุนแรง (62-80 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีการรับรู้กฎหมายในระดับต่ำ (5-13 คะแนน) และในระดับสูง (14-25 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการพบเห็นโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต และการพบเห็นการใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าเคยพบเห็นหรือไม่เคยพบเห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าเคยพบเห็น ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่เคยพบเห็น ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 8 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน การได้รับอิทธิพลจากคูรัก และการได้รับ

อิทธิพลจากผู้ปกครอง จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่ามีหรือไม่มีเพื่อน/คู่รัก/ผู้ปกครอง ใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่ามี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่มี ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 9 แบบสอบถามการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ในรอบ 30 วัน ที่ผ่านมา อายุที่เริ่มใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ จำนวนครั้งที่ ใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ ลักษณะการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ และสถานที่ที่ใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับนุหรือเลิกทอนิกส์ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ และแบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับนุหรือเลิกทอนิกส์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการแพทย์ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษา อาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .78 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ และแบบสอบถามการรับรู้กฎหมายฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96, .73 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 293/2021 และ IRB No. P3-0084/2564 วันที่ 20 กรกฎาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสถาบันอาชีวศึกษาแต่ละแห่งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นขอความร่วมมือคณะอาจารย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19) โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นคณะอาจารย์พบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบประเมิน ที่ผู้วิจัยจัดทำในรูปแบบ google form ผ่านการสแกน QR code ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับนุหรือเลิกทอนิกส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ ความเครียด และการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับนุหรือเลิกทอนิกส์) วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยเอื้อ (การพบเห็นโฆษณาหรือนุหรือเลิกทอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต และการพบเห็นการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ในที่สาธารณะ) ข้อมูลปัจจัยเสริม (การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน การได้รับอิทธิพลจากคู่รัก และการได้รับอิทธิพลจากผู้ปกครอง) และข้อมูลการใช้นุหรือเลิกทอนิกส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ

ความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.20 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.99 กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 56.14 ประเภทสถาบัน คือ วิทยาลัยเทคนิค มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.07 ส่วนใหญ่เป็นสถาบันที่สังกัดภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 83.91 ได้รับรายได้จากผู้ปกครองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 56.85 ส่วนใหญ่มีรายได้เสริมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 94.99 พักอาศัยที่บ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66.51 และไม่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 97.50

2. ปัจจัยนำของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.99 ($M = 3.96, SD = 1.34$) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.21 ($M = 29.31, SD = 6.23$) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.71 ($M = 26.90, SD = 7.15$) มีความเครียดในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.62 ($M = 43.09, SD = 14.73$) และส่วนใหญ่มีการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.94 ($M = 13.97, SD = 4.05$)

3. ปัจจัยเอื้อของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยพบเห็นโฆษณา นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 60.19 และไม่เคยพบเห็นการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ

คิดเป็นร้อยละ 59.71

4. ปัจจัยเสริมของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ คิดเป็นร้อยละ 67.22 แต่ส่วนใหญ่ไม่มีคูรักหรือผู้ปกครองใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ คิดเป็นร้อยละ 97.38 และ 93.32 ตามลำดับ

5. การใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษามีประสบการณ์การใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 10.73 โดยอายุที่เริ่มใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์อยู่ในช่วง 18-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.56 จำนวนครั้งที่ใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ คือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.22 ส่วนใหญ่มีลักษณะการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์เป็นแบบใช้เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 77.78 และสถานที่ที่ใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ คือ บ้านพัก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.89

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้จากผู้ปกครอง รายได้เสริม ประเภทสถาบัน สังกัดภาครัฐ/เอกชน ลักษณะการพักอาศัย ประสบการณ์การใช้สารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ ความเครียด การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับนูหรืออิเล็กทรอนิกส์ การพบเห็นโฆษณา นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต การพบเห็นการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน การได้รับอิทธิพลจากคูรัก และการได้รับอิทธิพลจากผู้ปกครอง กับการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้นูหรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 11.253, p < .01$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 7.929, p < .01$) รายได้เสริม ($\chi^2 = 14.701, p < .01$) ประสบการณ์

การใช้สารเสพติด ($\chi^2 = 39.025, p < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ ($\chi^2 = 13.859, p < .01$) การพบเห็นโฆษณาบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต ($\chi^2 = 41.224, p < .01$) การพบเห็นการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ ($\chi^2 = 69.847, p < .01$) และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ($\chi^2 = 11.875, p < .01$)

6.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) เพศ โดยนักศึกษาอาชีวศึกษาที่เป็นเพศชายมีโอกาสใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่เป็นเพศหญิง 3.95 เท่า (AOR = 3.95, 95% CI = 1.49–10.45, $p < .01$) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ โดยนักศึกษาอาชีวศึกษาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับต่ำมีโอกาสใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจาก

การใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับสูง 2.92 เท่า (AOR = 2.92, 95% CI = 1.44–5.92, $p < .01$) 3) การพบเห็นโฆษณาบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต โดยนักศึกษาอาชีวศึกษาที่เคยพบเห็นโฆษณาบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ตมีโอกาสใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ไม่เคยพบเห็นโฆษณาบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต 54.60 เท่า (AOR = 54.60, 95% CI = 20.50–145.41, $p < .01$) 4) การพบเห็นการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ โดยนักศึกษาอาชีวศึกษาที่เคยพบเห็นการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะมีโอกาสใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ไม่เคยพบเห็นการใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ 4.09 เท่า (AOR = 4.09, 95% CI = 2.04–8.18, $p < .01$) และ 5) การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน โดยนักศึกษาอาชีวศึกษาที่มีเพื่อนสนิทใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มีโอกาสใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ไม่มีเพื่อนสนิทใช้บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ 32.70 เท่า (AOR = 32.70, 95% CI = 11.32–94.45, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษา (n = 839)

ปัจจัย	การใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
เพศ				
หญิง	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ชาย	2.49 (1.44–4.31)	.001	3.95 (1.49–10.45)	.006
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์				
ระดับสูง	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับต่ำ	2.52 (1.53–4.17)	.001	2.92 (1.44–5.92)	.003
การพบเห็นโฆษณาหรือนูหรือเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต				
ไม่เคยพบเห็น	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยพบเห็น	4.36 (2.70–7.05)	.001	54.60 (20.50–145.41)	.001
การพบเห็นการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ				
ไม่เคยพบเห็น	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยพบเห็น	7.84 (4.53–13.57)	.001	4.09 (2.04–8.18)	.001
การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน				
ไม่มีเพื่อนสนทนาหรือนูหรือเล็กทรอนิกส์	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
มีเพื่อนสนทนาหรือนูหรือเล็กทรอนิกส์	2.65 (1.49–4.72)	.001	32.70 (11.32–94.45)	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 10.73 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 77.78) โดยสามารถเข้าถึงการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ได้ด้วยตนเองอย่างง่ายดาย ผ่านแหล่งจำหน่ายทางออนไลน์ เคยพบเห็นการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ และมีเพื่อนสนทนาหรือนูหรือเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปริมประภา ก่อนแก้ว และกัญเกียรติ ก่อนแก้ว (2565) ที่พบว่า ความชุกของการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบการศึกษา ภาคเหนือของประเทศไทย เท่ากับ

ร้อยละ 9.10

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศ ปัจจัยนำเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ ปัจจัยเอื้อทั้ง 2 ปัจจัย คือ การพบเห็นโฆษณาหรือนูหรือเล็กทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต และการพบเห็นการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ในที่สาธารณะ และปัจจัยเสริมเรื่องการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน มีผลต่อการใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence and Green (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ในส่วนปัจจัยเรื่องเพศพบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาที่เป็นเพศชายมีโอกาสใช้นูหรือเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่เป็นเพศหญิง 3.95 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมี

ความอยากรู้ อยากรอง อยากรู้ เข้าสังคมและกลุ่มเพื่อน อยากรู้ให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อนมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพา สุวัฒน์บุญ, มณฑา เก่งการพานิช, และธรรดล เก่งการพานิช (2564) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ของนักเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของปริมประภา ก้อนแก้ว และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว (2565) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะใช้หรือเลิกทรอนิกส์ของเยาวชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ (2565) ที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ของเยาวชน และการศึกษาของ Mehra et al. (2019) ที่พบว่า เยาวชนชายมีโอกาสเสี่ยงในการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ 2.28 เท่า ของเยาวชนหญิง

ในส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้หรือเลิกทรอนิกส์พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในระดับต่ำมีโอกาสใช้หรือเลิกทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในระดับสูง 2.92 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพ โดยนุหรือเลิกทรอนิกส์เป็นสิ่งใหม่สำหรับเยาวชน ทำให้เยาวชนไม่ทราบหลักการทำงานของนุหรือเลิกทรอนิกส์ ไม่ทราบว่านุหรือเลิกทรอนิกส์มีสารนิโคตินที่เป็นส่วนประกอบ รับรู้ว่าเป็นเพียงละอองของเหลวที่เป็นน้ำที่สูดเข้าปากแล้วพ่นออกมา โดยไม่รู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่จะตามมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชิติรัตน์ ราศิริ (2565) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโทษอันตรายจากนุหรือเลิกทรอนิกส์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thrasher et al. (2017) ที่พบว่า เยาวชนที่ไม่ได้

รับรู้อันตรายของนุหรือเลิกทรอนิกส์มีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้หรือเลิกทรอนิกส์ 3.27 เท่า ของเยาวชนที่ได้รับรู้อันตรายของนุหรือเลิกทรอนิกส์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Patiño-Masó et al. (2019) ที่พบว่า เยาวชนที่มีการรับรู้ว่านุหรือเลิกทรอนิกส์ไม่เป็นอันตรายมีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้หรือเลิกทรอนิกส์ 6.59 เท่า ของเยาวชนที่มีการรับรู้ว่านุหรือเลิกทรอนิกส์เป็นอันตราย

ในส่วนการพบเห็นโฆษณาหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ตพบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาที่เคยพบเห็นโฆษณาหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ตมีโอกาสใช้นุหรือเลิกทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ไม่เคยพบเห็นโฆษณาหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต 54.60 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสนับสนุนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม โดยพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนในด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ปัจจัยส่วนบุคคล การเคยพบเห็นโฆษณาหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ตเป็นการส่งเสริมให้มีความเชื่อว่าการใช้หรือเลิกทรอนิกส์เป็นแฟชั่นในยุคปัจจุบัน ทำให้เกิดความต้องการในการเลียนแบบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา สุวัฒน์บุญ และคณะ (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนการขายนุหรือเลิกทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับการใช้นุหรือเลิกทรอนิกส์ของนักเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dai and Hao (2016) ที่พบว่า เยาวชนที่ได้รับรู้โฆษณาการขายนุหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ตมีโอกาสเสี่ยงในการใช้นุหรือเลิกทรอนิกส์มากกว่าเยาวชนที่ไม่ได้รับรู้โฆษณาการขายนุหรือเลิกทรอนิกส์ในอินเทอร์เน็ต

ในส่วนการพบเห็นการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในที่สาธารณะพบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษาที่เคยพบเห็นการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในที่สาธารณะมีโอกาสใช้นุหรือเลิกทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ไม่เคยพบเห็นการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในที่สาธารณะ 4.09 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการพบเห็นการใช้หรือเลิกทรอนิกส์ในที่สาธารณะเป็นการส่งเสริมให้มีความเชื่อว่าการใช้หรือ

อิเล็กทรอนิกส์เป็นแฟชั่นในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีหลากหลาย กลิ่นที่หอม ใช้ง่าย ไม่มีนิโคติน และยังมีความเชื่อว่า สามารถใช้ได้ทุกที่ สามารถทดแทนการใช้นูหรี่ในที่ ห้ามใช้ได้ ส่งผลให้เกิดการทดลองใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติรัตน์ ราศิริ (2565) ที่พบว่า การใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของ คนรอบข้างเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษา

ในส่วนการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนพบว่า นักศึกษา อาชีวศึกษาที่มีเพื่อนสนิทใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีโอกาส ใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์มากกว่านักศึกษาอาชีวศึกษาที่ ไม่มีเพื่อนสนิทใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 32.70 เท่า ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้น ให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับ หรือไม่ยอมรับ ซึ่งการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนเป็น การเพิ่มโอกาสในการรับรู้และการยอมรับในการใช้นูหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ได้ง่ายขึ้น โดยเพื่อนจะส่งเสริมหรือ กระตุ้นให้เกิดความอยากลองใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา สุวตม์ภิญโญ และคณะ (2564) ที่พบว่า การใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเพื่อนสนิท และการชักชวนของเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียน และสอดคล้องกับการ ศึกษาของกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2565) ที่พบว่า การใช้นูหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนมีความสัมพันธ์กับ การใช้นูหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาอาชีวศึกษา นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal et al. (2018) ที่พบว่า เยาวชนที่มีเพื่อนใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์มี โอกาสเสี่ยงในการใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 1.38 เท่า ของ เยาวชนที่ไม่มีเพื่อนใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการใช้นูหรี่ อิเล็กทรอนิกส์และการลดอิทธิพลจากเพื่อน เพื่อปกป้อง เยาวชนในการเข้าถึงนูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทั้งทางสื่อ อินเทอร์เน็ตและสื่อสาธารณะ อีกทั้งลดโอกาสการใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรม หรือมาตรการป้องกันการใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของ นักศึกษาอาชีวศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุ มุมมอง และพฤติกรรมการณ์การใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของ นักศึกษาอาชีวศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พรนภา หอมสินธุ์, และยุวดี ลีลคณาวิระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การสูบนูหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 531-539.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2557). นูหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาล ทหารบก*, 15(3), 149-154.
- จิตติรัตน์ ราศิริ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการณ์การใช้นูหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขต จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 48(1), 132-142.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว, และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว. (2565). การรับรู้ทัศนคติ การเข้าถึงนูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และความตั้งใจที่จะใช้นูหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของ เยาวชนในระบบการศึกษาภาคเหนือ ประเทศไทย. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 551-562.

- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุดา พาโพนงาม, นฤมล ลาวน้อย, อาทิตยา บัวเรือง, ชिरดา จันทร์รุ่งเรือง, และ อัมพวัน บุญรอด. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(เพิ่มเติม 2), S197–S205.
- พรทิพา สุวัฒน์บุญ, มณฑา เก่งการพานิช, และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(2), 88–101.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2563). บุหรี่ไฟฟ้า ผิดกฎหมาย ป่วยหนัก ตายจริง. *วารสารก้าวหน้าวิจัยกับ ศย.*, 12(1), 4–6.
- สุระ วิเศษศักดิ์. (2566). รายงานสถานการณ์พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27921>
- Agarwal, D., Loukas, A., & Perry, C. L. (2018). Examining college students' social environment, normative beliefs, and attitudes in subsequent initiation of electronic nicotine delivery systems. *Health Education & Behavior*, 45(4), 532–539. doi:10.1177/1090198117739672
- Dai, H., & Hao, J. (2016). Flavored electronic cigarette use and smoking among youth. *Pediatrics*, 138(6), e20162513. doi:10.1542/peds.2016-2513
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- El-Toukhy, S., Sabado, M., & Choi, K. (2018). Trends in tobacco product use patterns among U.S. youth, 1999–2014. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(6), 690–697. doi:10.1093/ntr/ntx128
- Kinnunen, J. M., Ollila, H., El-Amin, S. E. T., Pere, L. A., Lindfors, P. L., & Rimpelä, A. H. (2015). Awareness and determinants of electronic cigarette use among Finnish adolescents in 2013: A population-based study. *Tobacco Control*, 24(e4), e264–e270. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051512
- Lindström, M., & Rosvall, M. (2018). Addictive behaviors, social and psychosocial factors, and electronic cigarette use among adolescents: A population-based study. *Public Health*, 155, 129–132. doi:10.1016/j.puhe.2017.12.001
- Mehra, V. M., Keethakumar, A., Bohr, Y. M., Abdullah, P., & Tamim, H. (2019). The association between alcohol, marijuana, illegal drug use and current use of E-cigarette among youth and young adults in Canada: Results from Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017. *BMC Public Health*, 19, 1208. doi:10.1186/s12889-019-7546-y
- Patiño-Masó, J., Font-Mayolas, S., Salamó, A., Arboix, M., Sullman, M. J., & Gras, M. E. (2019). Predictors of intentions to use cigarettes and electronic-cigarettes among high school students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 591–599. doi:10.2147/JMDH.S208031

- Regan, A. K., Promoff, G., Dube, S. R., & Arrazola, R. (2013). Electronic nicotine delivery systems: Adult use and awareness of the 'e-cigarette' in the USA. *Tobacco Control*, 22(1), 19–23. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050044
- Thrasher, J. F., Abad-Vivero, E. N., Barrientos-Gutiérrez, I., Pérez-Hernández, R., Reynales-Shigematsu, L. M., Mejía, R., ... Sargent, J. D. (2017). Prevalence and correlates of e-cigarette perceptions and trial among Mexican adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 58(3), 358–365. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.11.008
- World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/item/9789241516204>
-

ปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุที่ทำนาย การส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน

Personal Factors and Elderly Leadership Competencies Predicting Well-being and Self-reliance Promotion for the Elderly and Their Families in the Community

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ¹

Vanida Durongrittichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ¹

Received: August 31, 2023

Revised: June 18, 2025

Accepted: June 19, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับการส่งเสริมความผาสุกและระดับการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 369 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .98 3) การส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น .97 และ 4) การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น .97 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Pathumthani University, E-mail: vanida.d@ptu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) แก่นนำผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.54, SD = .58$) และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = .62$) 2) รายได้ ความแข็งแรงของสุขภาพ และสมรรถนะการเป็นแก่นนำผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวของแก่นนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .769, p < .01$) และ 3) สมรรถนะการเป็นแก่นนำผู้สูงอายุสามารถทำนายการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวของแก่นนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 65.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .656, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า หน่วยงานสุขภาพควรจัดโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะแก่นนำผู้สูงอายุ โดยพิจารณาความแข็งแรงของสุขภาพร่วมด้วย เพื่อให้การส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวบรรลุผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ สมรรถนะ แก่นนำ ความผาสุก การพึ่งพาตนเอง

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the levels of well-being and self-reliance promotion and predicting power of personal factors and elderly leadership competencies to promote well-being and self-reliance for the elderly and their families. The participants consisted of 369 elderly leaders in Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi Province. The research instrument was a four-part questionnaire including 1) personal characteristics; 2) the elderly leadership competency with a reliability of .98; 3) well-being promotion for the elderly and their families in the community with a reliability of .97; and 4) self-reliance promotion for the elderly and their families in the community with a reliability of .97. Data were collected from November 2022 to February 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 1) the elderly leaders had the overall mean scores of well-being and self-reliance promotion for the elderly and their families at a high and a moderate level ($M = 3.54, SD = .58$ and $M = 3.47, SD = .62$, respectively); 2) income, health level, and the elderly leadership competency could statistically significantly co-predict the well-being promotion for the elderly and their families at 76.90% ($R^2 = .769, p < .01$); and 3) the elderly leadership competency could statistically significantly predict the self-reliance promotion for the elderly and their families at 65.60% ($R^2 = .656, p < .001$).

This research suggests that healthcare agencies should provide projects or activities that develop elderly leadership competencies while also considering the health level. This will help achieve the goal of well-being and self-reliance promotion for the elderly and their families.

Keywords: The elderly, Competency, Leader, Well-being, Self-reliance

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) กำหนดวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม โดยมีมาตรการหนึ่งที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความแข็งแรงของครอบครัวที่สมาชิกให้การดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักใคร่กลมเกลียวใช้ทักษะหรือวิธีเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวดำเนินชีวิตตามพัฒนาการระยะต่าง ๆ ผ่านพ้นวิกฤตและเข้าสู่สมดุลใหม่ ทำให้สมาชิกรักษาและคงไว้ซึ่งความมีอิสระของสุขภาพหรือสภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา ส่งผลต่อเนื่องให้ครอบครัวสามารถกำหนดทางเลือกในการดำเนินกิจกรรมโดยไม่หวังพึ่งปัจจัยภายนอก ขยายกระบวนการพัฒนาไปในระดับชุมชนที่ทำให้มีเป้าหมายเชิงการเปลี่ยนแปลงวิธีทำงานโดยให้ความสำคัญกับสมาชิกชุมชนมากขึ้น และสามารถระดมทรัพยากรในชุมชนมาเป็นกลไกขับเคลื่อนเพื่อการพึ่งพาตนเองช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เหลือทุกข์เหลือสุข และนำมาซึ่งความพึงพอใจหรือความผาสุกของสมาชิกชุมชนโดยรวม (กาญจนา กิ่งมะลิ, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ์ เดียววิเศษ, 2561; เอนกพงศ์ อิทธิจันทร์, 2564)

การพึ่งตนเองของครอบครัวและชุมชนเป็นสิ่งที่

แสดงถึงลักษณะเฉพาะของความมีอิสระ (freedom) ความเสมอภาค (equality) ความมีเอกภาพ (autonomy) และความมีศักดิ์ศรี (dignity) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งด้านความคิดและการปฏิบัติที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ขั้นพัฒนาจนถึงขั้นเพิ่มบทบาทของการสร้างสิ่งใหม่ สามารถแบ่งได้เป็นด้านเศรษฐกิจ (economic capacity) ที่สามารถสร้างสมดุลของการใช้จ่ายและการแสวงหาทรัพยากร ด้านความมีจิตใจในการพึ่งตนเองที่มั่นใจในการตัดสินใจและริเริ่มรวมกลุ่มสร้างความสำเร็จและด้านความสามารถทางการเมืองด้วยการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิต (Savatagi, Srinivas, & Payyappallimana, 2022) ในบริบทของสังคมไทยการพึ่งตนเองของครอบครัวและชุมชนส่วนหนึ่งเกิดจากผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามบริบทของครอบครัวและให้บริการเชิงพื้นที่บนการทำงานจิตอาสาแบบทีมชุมชนที่ประสานกับทีมตำบลและทีมอำเภอของทีมหมอบริการ (นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งवाद, 2563) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าช่วยผู้สูงอายุให้รับรู้ความสามารถหรือศักยภาพในการดูแลตนเอง มองโลกในแง่ดี สามารถปรับตัวใช้ชีวิตพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นการระแวกผู้อื่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากการร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุและบริการสาธารณสุขมูลฐานต่างๆ ตลอดจนเกิดความผาสุกในชีวิต (ชนัญชิดาคุณภี ทุลศิริ และนารีรัตน์ บุญเนตร, 2563; จูตินันท์ นาคผู้ และสุปาณี สนธิรัตน์, 2558)

ผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกล่าวได้ว่าเป็นแกนนำของชุมชนในระดับตำบลที่มีบทบาททำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวมเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการริเริ่ม วางแผน ดำเนินการ ระดมทรัพยากร ชักจูง บุคคลอื่น ช่วยควบคุมหรือประสานงานกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทจนบรรลุเป้าหมายของการพึ่งพาตนเองและความผาสุก (Perry & Crigler, 2014) ซึ่งการที่จะเป็นแกนนำได้นั้นจะต้องมีสมรรถนะที่ดีทั้งด้านบุคลิกภาพ ทักษะ ความรู้ และความสามารถ โดยบุคลิกภาพหมายถึงคุณลักษณะของความอดทน เสียสละ มีคุณธรรมจริยธรรม เชื้อมั่นในตนเอง เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ มุ่งมั่นความสำเร็จในระดับสูง เป็นที่ไว้วางใจ และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ส่วนทักษะ ความรู้ ความสามารถ ประกอบด้วย การเข้าใจบริบทการทำงานภายในและภายนอกองค์กร หรือกลุ่ม วิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรหรือกลุ่ม เพื่อการพัฒนา ประสานความร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มอื่น จัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินงานตามเป้าหมาย (Maxwell, 2011) ซึ่งสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุทั้งด้านบุคลิกภาพและทักษะ ความรู้ ความสามารถ จะสร้างความน่าเชื่อถือ จนเกิดการเห็นพ้องต่อผู้สูงอายุและครอบครัวที่ทำให้คนในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองและความผาสุกอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุที่ทำนุภาพส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยพบการศึกษาที่ค้นหาสมรรถนะจำเป็นของบุคคลที่ทำหน้าที่เสมือนแกนนำผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ดังการศึกษาของอรณพ สนธิไชย, ธนอมศักดิ์ บุญผู้ และปณิดา ครองยุทธ (2563) ที่พบว่า องค์ประกอบสมรรถนะที่จำเป็นของแกนนำผู้สูงอายุประกอบด้วย การมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็น

มนุษย์ ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหา การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน ขณะที่จรัส ประสิ่ว และวิสุทธิ สุกรินทร์ (2561) ระบุว่า สมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย การปฏิบัติ การดูแล การบริหารจัดการ และการวางแผนกลยุทธ์ โดยการปฏิบัติการดูแลยังประกอบด้วย การยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ การปฏิบัติให้การดูแลผู้สูงอายุ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ส่วนการบริหารจัดการหมายถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ ภาวะผู้นำและบริหารจัดการองค์กร การจัดการด้านการเงินและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาความเสี่ยง สำหรับการวางแผนกลยุทธ์หมายถึงการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานชุมชนเชิงรุก การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ และการคิดเชิงวิเคราะห์ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศเป็นการพรรณนาบทบาทของบุคคลที่ทำหน้าที่เสมือนแกนนำผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (VanDevanter, Naegle, Nazia, Bamodu, & Sullivan Marx, 2023) ดังการศึกษาที่ทดลองในผู้ดูแลผู้สูงอายุและจิตอาสาด้วยโปรแกรมความสุข ('HAPPY' program) ที่พบว่าช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ทางกาย การยืน การทรงตัว นอกจากนี้ยังเพิ่มการรับรู้สุขภาพ ลดการแยกตัว ลดภาวะเปราะบาง และลดการหกล้ม (Merchant et al., 2021)

การค้นหาเหตุปัจจัยที่อธิบายลักษณะส่วนบุคคลและสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุในการส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน จึงช่วยในการสนับสนุน ส่งเสริมหรือยกระดับความรู้ ทักษะ ความสามารถ ตลอดจนบุคลิกภาพของแกนนำผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการเพิ่มจำนวนและคุณภาพของแกนนำผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง ทั้งในระดับที่แกนนำทำหน้าที่ตามบทบาทอย่างถูกต้อง ระดับที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม ระดับนำพาองค์กรจนผู้สูงอายุ

สามารถสร้างผลลัพธ์ ระดับสร้างส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการพัฒนาผู้สูงอายุแบบผลิตซ้ำ และระดับที่ผู้สูงอายุยอมรับจนปฏิบัติตามแบบอย่างแกนนำด้วยตนเอง (Maxwell, 2011) เพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction of life) กำลังใจ (morale) การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และความรู้สึกถึงความกลมเกลียว (sense of coherence) (Veenhoven, 2017) อันเป็นความสุขในตนเองและขยายไปยังสมาชิกครอบครัว จนเกิดเป็นความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ พึ่งตนเองได้ทั้งในระดับปัจเจกชน (individual) และระดับชุมชน (community) บรรลุสู่การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง และเป็นพลังพัฒนาสังคมในที่สุด

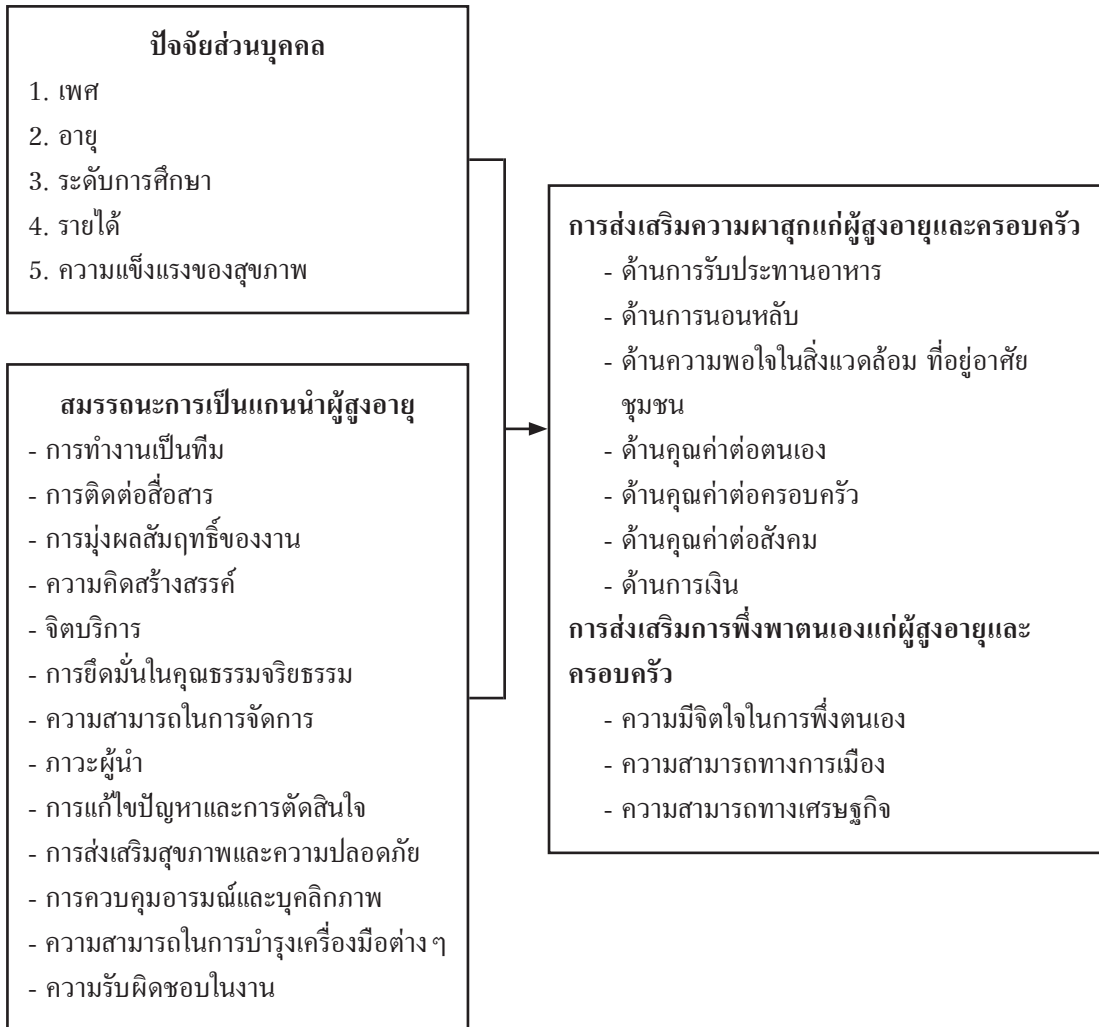
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการส่งเสริมความสุขและระดับการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วน

บุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมความสุขและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดสมรรถนะการเป็นแกนนำ ของ Robescu, Fatol, Pascu, and Draghici (2021) มาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการทำงานเป็นทีม การติดต่อสื่อสาร การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ความคิดสร้างสรรค์ จิตบริการ การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม ความสามารถในการจัดการ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่างๆ และความรับผิดชอบในงาน โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถสะท้อนคุณภาพของแกนนำแบบ 360 องศา จึงเชื่อได้ว่าจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนเกิดสภาพที่ดีของความสุขและการพึ่งพาตนเองที่สามารถจัดการชีวิตและตัดสินใจด้วยตนเองสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นแกนนำผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 19 ตำบล ของอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีสมรรถนะเบื้องต้นของการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ 13 ด้าน โดยให้บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ช่วยประเมิน 3) พูดคุยสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 331 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประมาณร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตำบลละ 20 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด สมรรถนะการเป็นแกนนำ ของ Robescu et al. (2021) แนวคิดความผาสุก ของ Campbell (1976) และ แนวคิดการพึ่งพาตนเอง ของ Galtung, O' Brien, and Preiswerk (1980) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ ความแข็งแรงของสุขภาพ โรคประจำตัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว จำนวน สมาชิกครอบครัว และสิทธิทางสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 13 ด้าน รวมจำนวน 45 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะการเป็นแกนนำในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการส่งเสริมความผาสุกในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขต อำเภอเมืองเพชรบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98, .97 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ PBEC No.23/2565 วันที่ 30 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็น อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรม วิธีการใช้แบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในแต่ละพื้นที่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 25-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลสมรรถนะ การเป็นแกนนำผู้สูงอายุ ข้อมูลการส่งเสริมความผาสุก แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน และข้อมูลการส่งเสริม การพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของ ปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ ต่อการส่งเสริมความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 369 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า แกนนำผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ

61 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 59.10 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40.90 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 มีความแข็งแรงของ สุขภาพระดับ 7 (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.80 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 67.50 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 76.40 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 27.40 มีจำนวนสมาชิกครอบครัว อยู่ในช่วง 2-4 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.20 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 60.60

2. สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุของแกนนำ ผู้สูงอายุ พบว่า แกนนำผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ การเป็นแกนนำผู้สูงอายุโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.45, SD = .53$) เมื่อจำแนกเป็นรายสมรรถนะ พบว่า แกนนำผู้สูงอายุมีสมรรถนะการเป็นแกนนำ ผู้สูงอายุในระดับมาก 4 สมรรถนะ ได้แก่ การควบคุม อารมณ์และบุคลิกภาพ ($M = 3.56, SD = .64$) ความ สามารถในการบำรุงเครื่องมือต่างๆ ($M = 3.56, SD = .64$) จิตบริการ ($M = 3.56, SD = .66$) และการยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม ($M = 3.51, SD = .64$) และมีสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุในระดับปานกลาง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ($M = 3.47, SD = .61$) การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ($M = 3.46, SD = .57$) และความรับผิดชอบในงาน ($M = 3.43, SD = .57$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ
ของแกนนำผู้สูงอายุ (n = 369)

สมรรถนะการเป็น แกนนำผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)					M	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
การทำงานเป็นทีม	0 (0)	15 (4.10)	231 (62.60)	96 (26.10)	27 (7.30)	3.39	.64	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสาร	1 (.30)	1 (.30)	193 (52.40)	144 (39.00)	30 (8.10)	3.47	.61	ปานกลาง
การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน	1 (.30)	7 (1.90)	196 (53.10)	129 (34.90)	36 (9.70)	3.39	.67	ปานกลาง
ความคิดสร้างสรรค์	2 (.60)	31 (8.40)	217 (58.80)	96 (26.00)	23 (6.30)	3.31	.70	ปานกลาง
จิตบริการ	0 (0)	10 (2.70)	179 (48.50)	138 (37.40)	42 (11.40)	3.56	.66	มาก
การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม	1 (.30)	10 (2.70)	197 (53.30)	130 (35.20)	31 (8.40)	3.51	.64	มาก
ความสามารถในการจัดการ	0 (0)	20 (5.50)	212 (57.50)	115 (31.20)	22 (5.90)	3.41	.65	ปานกลาง
ภาวะผู้นำ	0 (0)	17 (4.70)	224 (60.70)	111 (30.10)	30 (8.10)	3.40	.66	ปานกลาง
การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ	0 (0)	24 (6.60)	218 (59.00)	107 (29.00)	20 (5.50)	3.37	.66	ปานกลาง
การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย	0 (0)	5 (1.40)	229 (74.80)	110 (29.70)	25 (6.80)	3.46	.58	ปานกลาง
การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ	0 (0)	3 (.80)	205 (55.50)	123 (33.30)	38 (10.30)	3.56	.64	มาก
ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือ ต่างๆ	0 (0)	10 (2.70)	181 (49.10)	140 (38.00)	38 (10.30)	3.56	.64	มาก
ความรับผิดชอบในงาน	0 (0)	14 (3.80)	212 (57.50)	123 (33.30)	20 (5.40)	3.43	.63	ปานกลาง
โดยรวม	0 (0)	3 (.80)	230 (62.20)	117 (31.70)	19 (5.30)	3.45	.53	ปานกลาง

3. การส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า แกนนำผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.54$, $SD = .58$) โดยส่งเสริมความผาสุกด้านการรับประทานอาหาร

อาหารมากที่สุด ($M = 3.60$, $SD = .67$) รองลงมา คือ ด้านการนอนหลับ และด้านความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ชุมชน ($M = 3.59$, $SD = .70$ และ $M = 3.59$, $SD = .66$ ตามลำดับ) และด้านคุณค่าต่อสังคม ($M = 3.56$, $SD = .66$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ ($n = 369$)

การส่งเสริมความผาสุก	จำนวน (ร้อยละ)					M	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ด้านการรับประทานอาหาร	0 (0)	7 (1.90)	179 (48.50)	127 (34.40)	56 (15.20)	3.60	.67	มาก
ด้านการนอนหลับ	0 (0)	3 (.80)	166 (42.30)	169 (43.10)	51 (13.80)	3.59	.70	มาก
ด้านความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ชุมชน	0 (0)	4 (1.00)	183 (49.60)	139 (37.60)	43 (11.60)	3.59	.66	มาก
ด้านคุณค่าต่อตนเอง	1 (.30)	10 (2.70)	214 (58.00)	115 (31.10)	29 (7.90)	3.46	.63	ปานกลาง
ด้านคุณค่าต่อครอบครัว	0 (0)	10 (2.70)	190 (51.50)	133 (36.10)	36 (9.80)	3.53	.66	มาก
ด้านคุณค่าต่อสังคม	0 (0)	7 (1.90)	191 (51.70)	130 (35.30)	41 (11.10)	3.56	.66	มาก
ด้านการเงิน	4 (1.10)	21 (5.70)	193 (52.30)	121 (32.70)	30 (8.10)	3.40	.73	ปานกลาง
โดยรวม	0 (0)	5 (1.50)	193 (52.00)	140 (37.80)	31 (8.70)	3.54	.58	มาก

4. การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า แกนนำผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.47$, $SD = .62$) โดยส่งเสริมความ

สามารถทางการเมืองมากที่สุด ($M = 3.51$, $SD = .66$) รองลงมา คือ ความมีจิตใจในการพึ่งตนเอง ($M = 3.49$, $SD = .64$) และความสามารถทางเศรษฐกิจ ($M = 3.42$, $SD = .73$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ (n = 369)

การส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)					M	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ความมีจิตใจในการพึ่งตนเอง	1 (.30)	9 (2.40)	196 (53.10)	135 (36.60)	28 (7.60)	3.49	.64	ปานกลาง
ความสามารถทางการเมือง	0 (0)	11 (3.00)	210 (56.90)	109 (29.50)	39 (10.60)	3.51	.66	มาก
ความสามารถทางเศรษฐกิจ	1 (.30)	29 (7.80)	193 (52.30)	114 (30.90)	32 (8.70)	3.42	.73	ปานกลาง
โดยรวม	0 (0)	11 (4.00)	210 (55.80)	119 (32.20)	29 (8.00)	3.47	.62	ปานกลาง

5. อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ ความแข็งแรงของสุขภาพ และสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.90 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .769, p < .01$) โดยสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุสามารถทำนายการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุได้มากที่สุด (Beta = .847, $p < .001$) รองลงมา คือ ความแข็งแรงของสุขภาพ (Beta = .096, $p < .001$) และรายได้ (Beta = -.072, $p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ (n = 369)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p
สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ	.021	.194	.847	32.332	< .001
ความแข็งแรงของสุขภาพ	.033	.033	.096	3.541	< .001
รายได้	-6.508	.979	-.072	-2.748	.006

Constant = .155, R = .877, $R^2 = .769$, adj. $R^2 = .767$, F = 7.553, $p < .01$

6. อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุเป็น

ตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 65.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .656, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุ (n = 369)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p
สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ	.021	.581	.810	24.426	< .001

Constant = .219, R = .810, $R^2 = .656$, adj. $R^2 = .655$, F = 698.332, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า แกนนำผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโดยรวมในระดับมาก โดยส่งเสริมความผาสุกด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการนอนหลับ ด้านความพอใจในสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ชุมชน และด้านคุณค่าต่อสังคม ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนโดยรวมในระดับปานกลาง โดยส่งเสริมความสามารถทางการเมืองมากที่สุด รองลงมา คือ ความมีจิตใจในการพึ่งตนเอง และความสามารถทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ขอขยายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุในระดับมากเรียงลำดับจากการควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ จิตบริการ และการยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม โดยสมรรถนะเหล่านี้ แกนนำผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความผาสุกขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นความสุขขั้นแรก (the pleasant life) ของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ (health) ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรม

เชิงบวกที่นำไปสู่ทักษะในการใช้ชีวิตที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีความแข็งแรงที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางกายตามสภาพที่เป็นอยู่ได้ ตามด้วยการตอบสนองด้านสันทนาการ (recreation) ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ ด้านสุขสง่า (integrity) ช่วยให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจหรือเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านสุขสงบ (peacefulness) ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงบนสภาพร่างกายที่ไม่ถือเป็นข้อจำกัดในการใช้ชีวิต และถ่ายทอดภูมิปัญญาจนสามารถนำประสบการณ์มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับบุคคลแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต, 2554; Chen, Ye, & Kahana, 2019) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุวรรณ อินทนนท์ (2566) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ด้านกายภาพ และด้านการลดความเหลื่อมล้ำ ในระดับสูง และใกล้เคียงกับการศึกษาของปราณี อินธิยะ (2565) ที่พบว่า บริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านให้มีความสำคัญกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง และการฝึกควบคุมอารมณ์ แต่

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิชนันท์ สุวรรณภู, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และ วุฒิชัย ลำควน (2564) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ ความแข็งแรงของสุขภาพ และสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุสามารถทำนายการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนได้มากที่สุด รองลงมาคือ ความแข็งแรงของสุขภาพ และรายได้ ตามลำดับ ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่า สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุหมายถึงการมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสื่อสาร การคิดสร้างสรรค์ การโน้มน้าวให้แก้ไขปัญห การชักชวนบุคคลอื่นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการใช้เทคโนโลยี (สมบัติ นามบุรี, 2562; Abdullah, Pilus, Razak, Bakar, & Nazarudin, 2021) ส่วนความแข็งแรงของสุขภาพเป็นความสามารถและความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมและหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุและความแข็งแรงของสุขภาพของแกนนำผู้สูงอายุระดับตำบล ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง สามารถเผชิญหรือรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ดี ลดภาวะเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Drageset, 2021) ส่วนรายได้ ถือเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต แต่กลับเป็นตัวแปรผกผันต่อการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว อาจเป็นเพราะว่าแกนนำผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมักมีความเข้าใจในสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและครอบครัวได้เป็นอย่างดี จึงพยายามหาวิธีการต่างๆ ในการส่งเสริมความผาสุกแก่ผู้สูงอายุและ

ครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุพิตรา เสดวัฒนะกุล (2564) ที่พบว่า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมเป็นตัวแปรร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนของแกนนำผู้สูงอายุได้ร้อยละ 65.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่า สมรรถนะการเป็นแกนนำผู้สูงอายุเป็นการที่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งบุคลิกภาพ ทักษะ ความรู้ และความสามารถในการโน้มน้าว สร้างความน่าเชื่อถือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีกระบวนการปฏิบัติไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ (Chen et al., 2019) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของจุฑาธิปดี กุลดี, เพ็ญพิศุทธิ์ ใจสนิท, สุชาติ ลีตระกูล, และชูศรี สุวรรณ (2561) ที่พบว่า กิจกรรมที่แกนนำผู้สูงอายุช่วยเติมเต็มคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา สร้างอาชีพหรือการออม เป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบที่สนับสนุนการพึ่งพาตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสุขภาพควรจัดโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลที่ทำหน้าที่ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการของการเป็นแกนนำผู้สูงอายุ โดยพิจารณาปัจจัยความแข็งแรงของสุขภาพร่วมด้วย เพื่อให้การสร้างความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนบรรลุผลมากยิ่งขึ้น

1.2 หน่วยงานสุขภาพควรวางแผนพัฒนาสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุเป็นระยะ โดยบรรจุโครงการหรือกิจกรรมในแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ให้มีลักษณะต่อเนื่อง แบบยกระดับทักษะหรือเลือกสมรรถนะที่

พิจารณาว่าสำคัญที่จะช่วยสร้างความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของการสร้างความผาสุก การพึ่งพาตนเอง และสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาและคัดสรรลักษณะจำเป็นสำหรับนำสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุมาสร้างความผาสุกและการพึ่งพาตนเองให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อให้มีข้อมูลเชิงลึกประกอบการกำหนดโครงการหรือกิจกรรมสร้างความผาสุกและการพึ่งพาตนเองแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2554). *แบบคัดกรองสุขภาพจิต: ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา กิ่งมะลิ, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 223–231.

จำรัส ประสว, และวิสุทธิ สุกรินทร์. (2561). การพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 845–855.

จุฑาธิบดิ์ กุลดี, เพ็ญพิศุทธิ์ ใจสนิท, สุชาติ ลีตระกูล, และชูศรี สุวรรณ. (2561). รูปแบบการส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. *สัปดาห์ : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.)*, 24(3), 130–142.

ชนัญชิดาคุณฎี ทูลศิริ, และนารีรัตน์ บุญเนตร. (2563). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 15(2), 116–123.

จิตินันท์ นาคผู้, และสุภาณี สนธิรัตน์. (2558). การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 41(1), 88–104.

ปราณี อินธิยะ. (2565). *แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านวังดิน ตำบลลำ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

นกรินทร์ สุวรรณแสง, และภราดร ชัยยวด. (2563). คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 5–17.

นิชนันท์ สุวรรณบุญ, สุวภัทร นักรู้กาฬพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และวุฒิชัย ลำดวง. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(2), 18–26.

สมบัติ นามบุรี. (2562). นวัตกรรมและการบริหารจัดการ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(2), 121–134.

- สุพิตรา เศลัดตะกุล. (2564). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 11(1), 107–116.
- สุวรรณ อินทพ. (2566). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ*. สืบค้นจาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php>
- อรรณพ สนธิไชย, ถนอมศักดิ์ บุญสูง, และปณิตา ครอบงม. (2563). สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 37–48.
- เอนกพงศ์ อิทธิจันทร์. (2564). *ความสุขของครอบครัวภายใต้บริบทการอยู่ร่วมกันในสถาปัตยกรรมที่พักอาศัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Abdullah, M. F., Pilus, A. M., Razak, M. R. A., Bakar, A. Y. A., & Nazarudin, M. N. (2021). The intrinsic and extrinsic motivation towards physical activity among Malaysian Technical University (UTeM) students. *International Journal of Human Movement and Sports Sciences*, 9(2), 375–382. doi:10.13189/saj.2021.090227
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117–124. doi:10.1037/0003-066X.31.2.117
- Chen, L., Ye, M., & Kahana, E. (2019). A self-reliant umbrella: Defining successful aging among the old-old (80+) in Shanghai. *Journal of Applied Gerontology*, 39(3), 242–249. doi:10.1177/0733464819842500
- Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care–Vital theories and research* (pp. 137–144). Gewerbestrasse, Switzerland: Springer.
- Galtung, J., O' Brien, P., & Preiswerk, R. (Eds.). (1980). *Self-reliance: A strategy for development*. London: Bogle-L'Ouverture Publications.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. doi:10.1177/001316447003000308
- Maxwell, J. C. (2011). *The 5 levels of leadership: Proven steps to maximize your potential*. Retrieved from <https://static1.squarespace.com/static/5df3bc9a62ff3e45ae9d2b06/t/5e285baec3035b3cf9049afd/1579703217889/5+Levels+of+Leadership-The+Maxwell.EBS.pdf>
- Merchant, R. A., Tsoi, C. T., Tan, W. M., Lau, W., Sandrasageran, S., & Arai, H. (2021). Community-based peer-led intervention for healthy ageing and evaluation of the 'HAPPY' program. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(4), 520–527. doi:10.1007/s12603-021-1606-6
- Perry, H., & Crigler, L. (2014). *Developing and strengthening community health worker programs at scale: A reference guide and case studies for program managers and policy makers*. Retrieved from https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00jxwd.pdf

- Robescu, D. F., Fatol, D., Pascu, D., & Draghici, A. (2021). *A study on leadership competencies*. Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/A_study_on_leadership_competencies.pdf
- Savatagi, S. B., Srinivas, P. N., & Payyappallimana, U. (2022). Factors influencing the emergence of self-reliance in primary health care using traditional medicine: A scoping review. *Indian Journal of Public Health*, 66(2), 214–222. doi:10.4103/ijph.ijph_1863_21
- VanDevanter, N., Naegle, M., Nazia, N., Bamodu, A., & Sullivan Marx, E. (2023). Healthy aging and care of the older adult with chronic disease: A qualitative needs assessment in 14 eastern and southern Caribbean islands. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 47, e40. doi:10.26633/RPSP.2023.40
- Veenhoven, R. (2017). *Happiness research: Past and future*. Retrieved from <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2010s/2017i-full.pdf>
-

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความพร้อม ในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์*

Effect of Preparation for Discharge Readiness Program on Readiness for Hospital Discharge among Older Patients Undergoing Orthopedic Surgery*

เชาวลิต กุดวงศ์แก้ว, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)¹

Chaowalit Kudwongkaew, M.N.S. (Gerontological Nursing)¹

มยุรี ลีทองอิน, ป.ร.ด. (การพยาบาล)²

Mayuree Leethong-in, Ph.D. (Nursing)²

Received: February 21, 2025 Revised: April 6, 2025 Accepted: May 14, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ แบบประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master, Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: mayuree@kku.ac.th

และผู้ดูแล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่น .79 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.763, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายนี้ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยสูงอายุ การผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of preparation for discharge readiness program on readiness for hospital discharge among older patients undergoing orthopedic surgery. The samples were 30 older patients undergoing orthopedic surgery admitted to Srinagarind Hospital. They were equally divided into an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$). The research instruments consisted of the preparation for discharge readiness program among older patients undergoing orthopedic surgery, the Mini-cog, the 2 screening questions (2Q), the general information interview form, and the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS)-Adult Form with a reliability of .79. The implementation and data collection were conducted from January to April 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of readiness for hospital discharge than the control group ($t = 18.763, p < .001$).

This research suggests that nurses should adopt this preparation for discharge readiness program among older patients undergoing orthopedic surgery. This will help increase readiness for hospital discharge.

Keywords: Preparation for discharge readiness, Older patients, Orthopedic surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์เป็นการรักษาชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ดังสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ศรินครินทร์เฉลี่ย 16,792 รายต่อปี เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ คิดเป็นร้อยละ 18.55, 20.30 และ 19.77 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรินครินทร์, 2564) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบาง การได้รับการผ่าตัดอาจส่งผลให้มีการฟื้นตัวช้ากว่าวัยอื่นและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 25.16 (Watt et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 13.72 เท่า ของผู้ป่วยที่มีอายุ 60-69 ปี (ปราณี มีหาญพงษ์, สุณิษร์รัตน์ บุญศิลป์, ศศิธร รุจนเวช, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2565) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะท้องผูก ร้อยละ 69.40 หลดเลือดดำอุดตัน ร้อยละ 4.70 (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2562) ภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 4.78 (กนกกาญจน์ กองพิธิ, ดาราวรรณ อักษรวรรณ, วาสิฏฐิ เศษวงศ์, ณัฐวดี บุญเรือง, และพลากร สุรกุลประภา, 2563) ส่งผลให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Watt et al., 2018) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจึงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ขณะอยู่รักษา จนกระทั่งได้รับการจำหน่าย เพื่อให้มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการรับรู้และคาดการณ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย (personal status) ด้านความสามารถในการปรับตัว (coping ability) ด้านความรู้ (knowledge) และด้านการสนับสนุนที่

คาดหวัง (expected support) ที่เป็นการให้ความช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมรอบตัวผู้ป่วย (Weiss et al., 2007) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเข้ารับการรักษายาบาล และปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) โดยเฉพาะการสอนก่อนจำหน่ายที่นับเป็นปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญในกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Weiss et al., 2007) โดยพบว่า เนื้อหาการสอน ทักษะการสอน และวิธีการสอนที่เหมาะสมสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (จิตตวดี เจริญทอง และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2564; ชมพูนุท ศิริรัตน์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560; อภิชาติ กาสิโนส และคณะ, 2564)

จากการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 ราย ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 โรงพยาบาลศรินครินทร์ ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตามโรคที่เจ็บป่วย มีการให้ข้อมูลเป็นระยะ ได้รับการประสานการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลใกล้เคียง และมีการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากลักษณะทางคลินิกโดยทีมผู้รักษา เมื่อประเมินความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่จำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านความรู้และด้านความสามารถในการปรับตัวในระดับปานกลาง และด้านร่างกายในระดับต่ำ เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมถึงไม่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจำนวนมากในครั้งเดียว ทำให้จดจำข้อมูลไม่ได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้

ร่วมรับฟังข้อมูลด้วย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และยังพบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียง 1 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น รวมถึงการมีกำลังสำรองที่ลดลง การเรียนรู้และความจำที่ช้าลง อันเป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุ ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพวิธีการให้ข้อมูลและสื่อที่ใช้ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) โดยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล 2) การสอนก่อนจำหน่าย (discharge teaching) โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เน้นการสอนรายบุคคล โดยใช้สื่อการสอนที่เป็นคู่มือในการดูแลตนเอง และ 3) การประสานงานก่อนจำหน่าย (discharge coordination) เพื่อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลใกล้บ้าน (Weiss et al., 2015) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา จัดการภาวะสุขภาพตนเองที่บ้าน จัดการปัญหาหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ (Provencher et al., 2020; Weiss et al., 2019) ลดการมาตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉินก่อนกำหนด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสุขภาพจิตดีขึ้น (Galvin, Wills, & Coffey, 2017; Liebrezeit, Rutkowski, Arbaje, Fields, & Werner, 2021; Meulenbroeks, Epp, & Schroeder, 2021)

รวมถึงผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (สุพจน์ ตีไทย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ, 2564) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ไม่มีเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ และไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุระยะเวลาในการวางแผนจำหน่ายที่แน่นอน แม้บางการศึกษาอาจมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติก่อนจำหน่าย แต่ไม่ได้ร่วมวางแผนตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม มีการประสานงานก่อนจำหน่ายเฉพาะโรงพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า สื่อการสอนเป็นชนิดแผ่นพับหรือคู่มือ ยังไม่มีภาพเคลื่อนไหวที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมาใช้ในการจัดการระบบแจ้งเตือนหรือติดตามการมาตรวจตามนัด รวมทั้งความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เฉพาะและไม่ทันสมัยเท่าที่ควร

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ขึ้น โดยใช้แนวคิดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (A Model for Hospital Discharge Preparation) ของ Weiss et al. (2015) ด้วยการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยคำนึงถึงสถานะเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย มีการสอนก่อนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความรู้ และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง โดยทำการสอนและฝึกปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุพร้อมกับผู้ดูแล ใช้คู่มือและคลิปวิดีโอเป็นสื่อการสอนที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีระบบแจ้งเตือนและติดตามการมาตรวจตามนัดผ่านบัญชีทางการไลน์ (Line Official Account) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกระบวนการเตรียมความพร้อม

ก่อนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นทำการประสานงานก่อนจำหน่ายเพื่อเตรียมการดูแลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมก่อนจำหน่าย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน จัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม รวมถึงได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

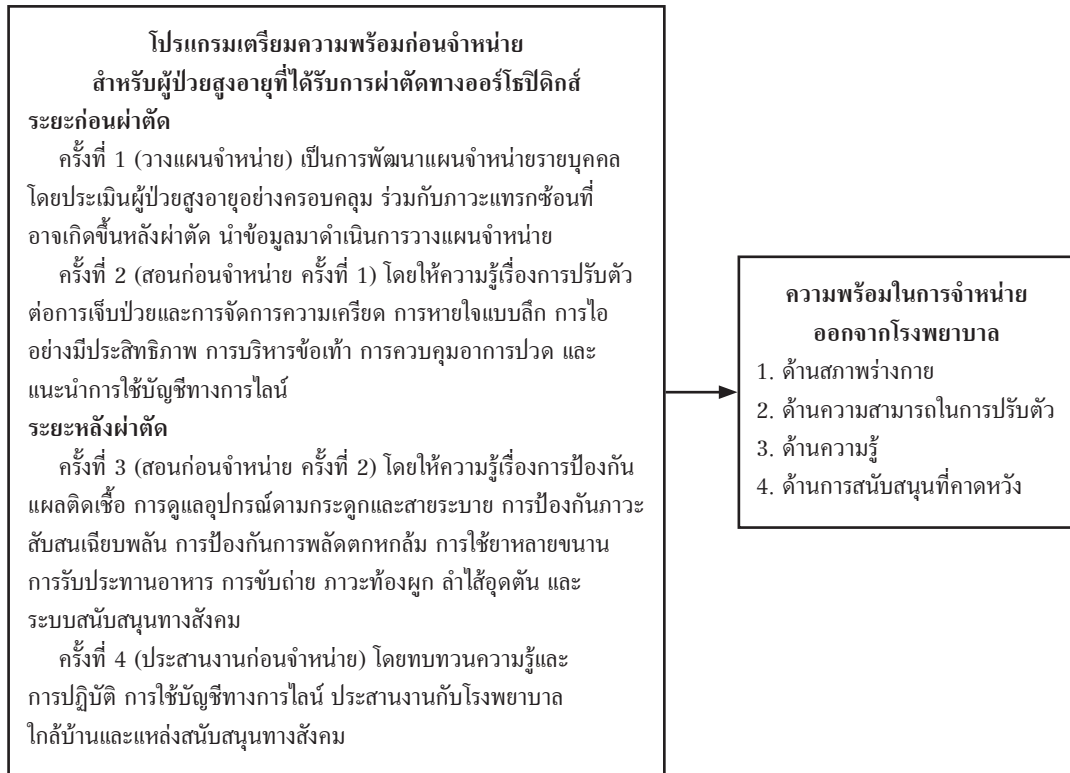
เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของ Weiss et al. (2015) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่าย โดยการประเมินปัญหา ความต้องการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และความเสี่ยงจากกลุ่มอาการสูงอายุ ด้วยการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย 2) การสอนก่อนจำหน่าย โดยการสอนรายบุคคลและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล มีการทบทวนความรู้โดยใช้สื่อที่เหมาะสม และ 3) การประสานงานก่อนจำหน่าย มีกิจกรรม 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันแรกที่เข้าอนรีกษา ครั้งที่ 2 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 2 และครั้งที่ 4 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพร้อม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความรู้ และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two-group posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีการรู้คิดปกติ โดยประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ (Mini-cog) 3) การมองเห็นและการได้ยินปกติ สื่อสารภาษาไทยได้ 4) ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ครั้งแรก 5) มีแผลผ่าตัดภายนอก และไม่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 6) มีผู้ดูแลที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และ 7) ยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ซ้ำ 2) มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) 3) มีอาการหนัก มีภาวะช็อกหรือเสียชีวิต 4) ได้รับการจำหน่ายแบบไม่สมัครใจอยู่ 5) ย้ายหอผู้ป่วยพิเศษ 6) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และ 7) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.14 (คำนวณจากการศึกษาของศิริรัตน์ ลิ้มทราช [2559]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 11 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณี

ที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของ Weiss et al. (2015) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย 1) คู่มือเรื่อง “เตรียมตัวอย่างไรให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดพร้อมกลับบ้าน” เนื้อหาประกอบด้วย วิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย 2) วิดีทัศน์เรื่อง “เตรียมตัวอย่างไรให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดพร้อมกลับบ้าน” ผู้วิจัยพัฒนาจากเนื้อหาในคู่มือเป็นภาพเคลื่อนไหว ประกอบด้วย วิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย จำนวน 4 เรื่อง ระยะเวลารวม 20 นาที และ 3) คู่มือแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-book) และคลิปวีดิทัศน์ ซึ่งบรรจุไว้ในบัญชีทางการไลน์ “จากโรงพยาบาลสู่บ้าน (hospital to home)” เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลมีความสะดวกในการทบทวนความรู้ โดยโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การวางแผนจำหน่าย ดำเนินการในวันแรกที่เข้าอนาesthesiaในหอผู้ป่วย ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ความเสี่ยงจากกลุ่มอาการสูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาดำเนินการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล โดยครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความรู้ และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง

ครั้งที่ 2 การสอนก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 1 ดำเนินการก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยภาคเช้า ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการจัดการความเครียด ส่วนภาคบ่าย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการหายใจแบบลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ พัก 15 นาที จากนั้นให้ความรู้เรื่องการบริโภชนาการ การควบคุมอาการปวด และแนะนำการใช้บัญชีทางการไลน์ สื่อการสอนที่ใช้คือ คู่มือ และคลิปวีดิทัศน์

ครั้งที่ 3 การสอนก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 2 ดำเนินการหลังผ่าตัดวันที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยภาคเช้า ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลติดเชื้อ การดูแลอุปกรณ์ตามกระดูกและสายระบาย การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนภาคบ่าย ให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายหลายขนาน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ภาวะท้องผูก ลำไส้อุดตัน และระบบสนับสนุนทางสังคม สื่อการสอนที่ใช้คือ คู่มือ และคลิปวีดิทัศน์

ครั้งที่ 4 การประสานงานก่อนจำหน่าย ดำเนินการในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้และการปฏิบัติให้สอบถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ทบทวนการใช้บัญชีทางการไลน์ และประสานงานก่อนจำหน่ายกับโรงพยาบาลใกล้บ้านและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ (Mini-cog) พัฒนาโดย Borson et al. ปี ค.ศ. 2000 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1

การทดสอบความจำ โดยการให้จำของ 3 สิ่ง ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน และส่วนที่ 2 ความสามารถในการคำนวณ ส่วนการแปลผลนั้น กรณีตอบถูกหมด แปลผลว่าปกติ และกรณีตอบผิด 1-2 ข้อ แปลผลว่าอาจมีปัญหาเรื่องการจำ

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2564 ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ โดยสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนการแปลผลนั้น กรณีตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่าปกติ และกรณีตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสสิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการนอนรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนรักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ยาที่ได้รับเป็นประจำ อายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่ (Readiness for Hospital Discharge Scale [RHDS]-Adult Form) พัฒนาโดย Weiss and Piacentini (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านความสามารถในการปรับตัว จำนวน 3 ข้อ ด้านความรู้ จำนวน 12 ข้อ และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนที่มีค่า

คะแนนอยู่ในช่วง 0-10 นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับความพร้อมในภาพรวมอีก 1 ข้อ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7.00-7.99 คะแนน) ในระดับสูง (8.00-8.99 คะแนน) และในระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับผู้ใหญ่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ออร์โธปิดิกส์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .79 และหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่าเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรอง เลขที่ HE651507 วันที่ 16 ธันวาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง

แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เข้าพบหัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 คน เพื่อทำหน้าที่ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกวิธีการใช้แบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในวันแรกที่เข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จนกระทั่งย้ายไปที่หอผู้ป่วย 5ค ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วย 5ค ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในระยะเวลา 4 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ทำการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในวันแรกที่เข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

จากนั้นทำการประเมินอย่างครอบคลุมทุกมิติ และนำข้อมูลมาดำเนินการวางแผนจำหน่าย

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ดำเนินการสอนก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 1 โดยให้ความรู้ทั้งในภาคเช้าและภาคบ่าย รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติ และแนะนำการใช้บัญชีทางการไลน์

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ดำเนินการสอนก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 2 โดยให้ความรู้ทั้งในภาคเช้าและภาคบ่าย จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการย้ายไปที่หอผู้ป่วย 5ค ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย 5ค ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการทบทวนความรู้และการปฏิบัติ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ทบทวนการใช้บัญชีทางการไลน์ และประสานงานก่อนจำหน่ายกับโรงพยาบาลใกล้เคียงและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

9. ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย 5ค ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในระยะเวลา 4 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ทำการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล ข้อมูลความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.20 ปี ($SD = 7.15$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 สิทธิการรักษา คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์การนอนรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกขาคส่วนล่างหัก คิดเป็นร้อยละ 73.33 จำนวนวันนอนรักษาอยู่ในช่วง 7–14 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยมีจำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 8.66 วัน ($SD = 3.99$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันที่เข้านอนรักษาและวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับพึ่งพาบางส่วน (5–11 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 53.33 และอยู่ในระดับพึ่งพาตัวเองได้ (12–20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 86.67 ตามลำดับ ทั้งหมดมีปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีญาติที่ได้รับเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.20 ปี ($SD = 9.92$) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุนั้นเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.40 ปี ($SD = 3.71$)

กลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี และ 70–79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 71.33 ปี ($SD = 6.54$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 สิทธิการรักษา คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 มีประสบการณ์การนอนรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80 ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกขาคส่วนล่างหัก คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำนวนวันนอนรักษาอยู่ในช่วง 7–14 วัน คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีจำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 9.40 วัน ($SD = 4.57$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันที่เข้านอนรักษาและวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับพึ่งพาบางส่วน (5–11 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 60 และอยู่ในระดับพึ่งพาตัวเองได้ (12–20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 66.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีญาติที่ได้รับเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 36–59 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 51.20 ปี ($SD = 16.97$) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุนั้นเป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 และมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 11.13 ปี ($SD = 7.26$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับสูง ($M = 8.98, SD = .34$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงมาก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้ ($M = 9, SD = .26$) และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง ($M = 9.28, SD = .45$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านสภาพร่างกาย ($M = 8.96, SD = .61$) และด้านความสามารถในการปรับตัว ($M = 8.66, SD = .47$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำ ($M = 6.39, SD = .40$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านสภาพร่างกาย ($M = 7.02, SD = .76$) และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง ($M = 7.40, SD = .62$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อม

ในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการปรับตัว ($M = 5.48, SD = .58$) และด้านความรู้ ($M = 5.68, SD = .70$)

3. การเปรียบเทียบความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.763, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย ($t = 7.633, p < .001$) ด้านความสามารถในการปรับตัว ($t = 16.312, p < .001$) ด้านความรู้ ($t = 17.024, p < .001$) และด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง ($t = 9.454, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความพร้อมในการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านสภาพร่างกาย	8.96	.61	7.02	.76	7.633	< .001
ด้านความสามารถในการปรับตัว	8.66	.47	5.48	.58	16.312	< .001
ด้านความรู้	9.00	.26	5.68	.70	17.024	< .001
ด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง	9.28	.45	7.40	.62	9.454	< .001
โดยรวม	8.98	.34	6.39	.40	18.763	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เป็นการเตรียมความพร้อมผ่าน

3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่าย เริ่มตั้งแต่วินาทีที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้าอนรักษาในหอผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ความเสี่ยงจากกลุ่มอาการสูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ความพร้อม 4 ด้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลให้มากที่สุด ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับแผนจำหน่ายเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงสามารถประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุม และวางแผนการดูแลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Gane et al., 2022) 2) การสอนก่อนจำหน่าย ประกอบด้วยเนื้อหาการสอนที่ครอบคลุมใช้สื่อการสอนและทักษะการสอนที่คำนึงถึงข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ สื่อการสอนพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยคำนึงถึงกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้อักษรที่มีขนาดใหญ่ อ่านง่าย มีสีตัดกัน และมีภาพประกอบที่ชัดเจน เพื่อเป็นการกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุ (สุธีรา บัวทอง, สุทธิพงศ์ สถาพอัดถ์, และศิริณา จิตต์จรัส, 2558) มีการใช้บัญชีทางการ์ดเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงคลิปวิดีโอในรูปแบบภาพเคลื่อนไหว โดยสามารถทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างสะดวกและเข้าใจง่าย ซึ่งสื่อคู่มือและมัลติมีเดียช่วยกระตุ้นกระบวนการคิดและการจดจำของผู้สูงอายุได้มากขึ้น เนื่องจากสื่อที่เหมาะสมในการสอนมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ในเรื่องที่ยากให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้น (สุธีรา บัวทอง และคณะ, 2558) นอกจากนี้ การใช้ทักษะการสอนที่คำนึงถึงผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ เช่น เห็นง่าย การมองเห็นหรือการได้ยินไม่ชัดเจน ความจำที่ลดลง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสอนรายบุคคล ด้วยการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ มีการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ทำให้สามารถสังเกตผู้เรียนและปรับวิธีการให้เหมาะสม โดยวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องใช้เวลาใน

การเรียนรู้ที่ไม่เร่งรัด ผู้วิจัยจึงแบ่งระยะเวลาการสอนเป็นครั้งละ 30-60 นาที ให้พัก 15 นาที แบ่งออกเป็นภาคเช้าและภาคบ่าย เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อเนื่องที่อาจส่งผลให้ปวดแผลผ่าตัดหรือเหนื่อยล้า ไม่รู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่รบกวนการพักผ่อนจนเกินไป นอกจากนี้ยังได้จัดกิจกรรมทบทวนความรู้ก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน และ 3) การประสานงานก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา ปัญหาหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง โดยประสานงานผ่านการโทรศัพท์ และมอบใบส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุนำไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยจากระบบสนับสนุนทางสังคม

กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายข้างต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพร่างกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกขาคส่วนล่างหัก (ร้อยละ 73.33) จึงมีอาการปวด ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจึงมีส่วนช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสมบัติความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ด้านความสามารถในการปรับตัว เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกหักที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายประสบปัญหาในการปรับตัว ดังนั้น การให้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วย การเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก การสอนวิธีการปรับตัว รวมถึงการได้รับความรู้ที่จำเป็นขณะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวด้าน

พฤติกรรมต่อความเจ็บป่วย และมีความพร้อมในการจำหน่ายมากขึ้น 3) ด้านความรู้ การดำเนินโปรแกรมด้วยการสอนรายบุคคล มีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วยเนื้อหาและสื่อที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ตรงตามความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดความสนใจในการเรียนรู้และกระตุ้นให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (ศิริโรจน์ สิมทราช, 2559) ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Chang, and Han (2021) ที่พบว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีแรงกล้าใส่ใหญ่หลังผ่าตัดลำไส้ มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 4) ด้านการสนับสนุนที่คาดหวัง การดำเนินโปรแกรมคำนึงถึงความสำคัญเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลใกล้บ้านที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการมีระบบแจ้งเตือนการมาตรวจตามนัดและให้คำปรึกษาปัญหาขณะอยู่ที่บ้านด้วยบัญชีทางการไลน์ ทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ส่งผลให้มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher et al. (2020) ที่ระบุว่า การสนับสนุนให้ครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการจำหน่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการจำหน่ายที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริโรจน์ สิมทราช (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน ของ Knier, Stiehler, Ferber, and Catterall (2015) และการศึกษาของ Hu et al. (2020) ที่ระบุว่า โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การให้ความรู้และการวางแผน

จำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งก่อนจำหน่าย มีประสิทธิภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำและไม่มีการไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน แต่กลุ่มควบคุมมีการกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด จำนวน 1 ราย จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายนี้ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางอโรโรปิติกส์นี้ ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางอโรโรปิติกส์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น โดยปรับเนื้อหาและระยะเวลาการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางอโรโรปิติกส์แต่ละประเภท

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางอโรโรปิติกส์ในระยะยาว โดยติดตามหลังจำหน่าย 1-3 เดือน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารับการรักษาซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน ผ่านกองทุนส่งเสริมด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) สนับสนุนทุนมูลนิธิ

(Fundamental Fund) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น
ที่มอบงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ กองพิธิ, ดาราวรรณ อักษรวรรณ, วาสิฏฐิ
เศขวงศ์, ณัฐดี บุญเรือง, และพลากร สุรกุลประภา.
(2563). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะสับสน
เฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. *ศรีนครินทร์
เวชสาร*, 35(2), 193–198.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
(2564). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประจำปี 2564. ขอนแก่น: ผู้แต่ง.

จิตตวดี เจริญทอง, และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2564).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *พยาบาลสาร*,
48(3), 214–225.

ชมพูนุท ศรีรัตน์, และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการ
จำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*,
23(1), 99–112.

ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์, ศศิธร รุจนเวช,
และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2565). ปัจจัย
ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่
ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลสิงห์บุรี.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19(2), 77–87.

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการไม่พึงประสงค์หลังการ
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล*,
21(2), 34–50.

ศรีรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์
รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลัง
ออกจากโรงพยาบาล (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎี
บัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม
ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ.
พยาบาลสาร, 41(4), 150–160.

ศิโรรัตน์ สิมทราข. (2559). ผลของโปรแกรมการสอน
ก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุธีรา บัวทอง, สุทธิพงศ์ สภาพัตต์, และศิริณา จิตต์จรัส.
(2558). ผู้สูงอายุกับเหตุผลในการเรียนรู้ วิธี
การเรียนรู้ และสิ่งที่ต้องการเรียนรู้. *วารสาร
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 12(1–2),
6–17.

สุพจน์ ดีไทย, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ.
(2564). ผลของการเตรียมความพร้อมก่อน
จำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหา
หลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. *พยาบาลสาร*, 48(2), 170–180.

อภิชาติ กาศโอสถ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, ลัญชนา
จำปาทอง, สมพิศ การดำรง, สุจิตรา อาทิตย์ทอง,
และปาริฉัตร เทพวงศ์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.
พยาบาลสาร, 48(3), 93–103.

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

- Galvin, E. C., Wills, T., & Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547–2557. doi:10.1111/jan.13324
- Gane, E. M., Schoeb, V., Cornwell, P., Cooray, C. R., Cowie, B., & Comans, T. A. (2022). Discharge planning of older persons from hospital: Comparison of observed practice to recommended best practice. *Healthcare*, 10(2), 202. doi:10.3390/healthcare10020202
- Hu, R., Gu, B., Tan, Q., Xiao, K., Li, X., Cao, X., ... Jiang, X. (2020). The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103700. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103700
- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing*, 40(1), 30–39. doi:10.1002/rnj.164
- Liebzeit, D., Rutkowski, R., Arbaje, A. I., Fields, B., & Werner, N. E. (2021). A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2950–2962. doi:10.1111/jgs.17323
- Meulenbroeks, I., Epp, J., & Schroeder, L. (2021). The value of caregiver inclusive practices in geriatric transitions of care: A systematic review. *Health Policy*, 125(7), 888–898. doi:10.1016/j.healthpol.2021.05.001
- Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., Cameron, I. D., Gitlin, L. N., Grenier, A., & Lannin, N. A. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: Who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 84. doi:10.1186/s12877-020-1494-3
- Wang, S. Y., Chang, T. H., & Han, C. Y. (2021). Effectiveness of a multimedia patient education intervention on improving self-care knowledge and skills in patients with colorectal cancer after enterostomy surgery: A pilot study. *Advances in Skin & Wound Care*, 34(2), 1–6. doi:10.1097/01.ASW.0000725192.98920.c4
- Watt, J., Tricco, A. C., Talbot-Hamon, C., Pham, B., Rios, P., Grudniewicz, A., ... Straus, S. E. (2018). Identifying older adults at risk of harm following elective surgery: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 16(1), 2. doi:10.1186/s12916-017-0986-2

- Weiss, M. E., Bobay, K. L., Bahr, S. J., Costa, L., Hughes, R. G., & Holland, D. E. (2015). A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition. *The Journal of Nursing Administration*, 45(12), 606–614. doi:10.1097/NNA.0000000000000273
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163–180. doi:10.1891/jnm-v14i3a002
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31–42. doi:10.1097/00002800-200701000-00008
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Costa, L., Hughes, R. G., Nuccio, S., ... Bang, J. (2019). Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital: The READI randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(1), e187387. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.7387
-

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด*

Factors Related to COVID-19 Prevention Practices of Merchants in Fresh Food Markets *

นิรากร ศรีพรหมมา, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ¹

Niraporn Sripromma, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) ¹

นงคราญ วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร) ² นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา) ³

Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing) ² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology) ³

Received: April 27, 2023 Revised: April 27, 2025 Accepted: May 20, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 และความสัมพัทธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ค้าในตลาดสด ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 409 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 มีความเชื่อมั่น .86 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19 มีความเชื่อมั่น .97 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 มีความเชื่อมั่น .97 แบบสอบถาม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: niraporn_s@cmu.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสอบถามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าความเชื่อมั่น .90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 71.64 เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .145, p < .01$) ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .196, p < .001$; $r_s = .299, p < .001$ และ $r_s = .185, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้ผู้ค้าในตลาดสดมีการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติ มาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ผู้ค้าในตลาดสด

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study COVID-19 prevention practices and the relationships among predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with COVID-19 prevention practices of merchants in fresh food markets. The participants were 409 merchants in fresh food markets in Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge on COVID-19 prevention test with a reliability of .86, an attitude toward COVID-19 prevention questionnaire with a reliability of .97, a perception of information on COVID-19 prevention questionnaire with a reliability of .97, a social support on COVID-19 prevention questionnaire with a reliability of .92, a measure regarding COVID-19 prevention questionnaire with a reliability of .91, and a COVID-19 prevention practice questionnaire with a reliability of .90. Data were collected from September to October 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, point-biserial correlation, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that most merchants in fresh food markets had overall COVID-19 prevention practices at a high level (71.64%). Gender was statistically significantly related to COVID-19 prevention practices of merchants in fresh food markets ($r_{pb} = .145$, $p < .01$). Attitudes toward COVID-19 prevention, perception of information on COVID-19 prevention, and measures regarding COVID-19 prevention were positively statistically significantly related to COVID-19 prevention practices of merchants in fresh food markets ($r_s = .196$, $p < .001$; $r_s = .299$, $p < .001$; and $r_s = .185$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that personnel in related agencies should enhance positive attitudes toward COVID-19 prevention, provide simple access to information about COVID-19 prevention, and promote practices according to the measures regarding COVID-19 prevention. This will help increase the effectiveness of COVID-19 prevention practices of merchants in fresh food markets.

Keywords: Practices, COVID-19 prevention, Merchants in fresh food markets

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากไวรัสโคโรนา (coronavirus) การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานการณ์ทั่วโลก ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยยืนยัน 465,529,547 ราย เสียชีวิต 6,086,186 ราย ส่วนในประเทศไทย รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2565 ข้อมูลสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,303,169 ราย เสียชีวิตสะสม 24,075 ราย (ศูนย์ข้อมูล COVID-19, 2565) ซึ่งการแพร่ระบาดในประเทศไทยเริ่มจากผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ แล้วจึงค่อย ๆ พบผู้ติดเชื้อคนไทยในเวลาต่อมา โดยการระบาดในระลอกที่ 2 เริ่มตั้งแต่กลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เป็นการระบาดใหญ่ในกลุ่มคนไทย เชื้อไวรัสโคโรนาที่แพร่ระบาดคือสายพันธุ์ G614 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบในประเทศเมียนมา และมีความเชื่อมโยงกับตลาดสด โดยพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นผู้ค้าในตลาดกลางกึ่ง นำไปสู่การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในบริเวณตลาดกลางกึ่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานเมียนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

ที่พักอาศัยมีสภาพแออัด และมีประชาชนจากหลายจังหวัดที่เดินทางมายังตลาดกลางกึ่ง จึงทำให้เกิดการระบาดหลายกลุ่มใหญ่และพบการระบาดต่อเนื่องไปยังพื้นที่อื่น รวมทั้งจังหวัดนครปฐมซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง โดยวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ศูนย์ปฏิบัติการโควิด 19 จังหวัดนครปฐม รายงานว่าพบผู้ติดเชื้อยืนยันจำนวน 8 ราย ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับตลาดกลางกึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร และจากการค้นหาเชิงรุกพบว่าการระบาดยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เป็นผู้ค้าในตลาดสด จำนวน 996 ราย (งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนครปฐม, 2564)

ตลาดสดเป็นสถานที่ที่มีคนมารวมกันเป็นจำนวนมากทั้งผู้ค้า ผู้ส่งสินค้า และผู้ซื้อสินค้า ซึ่งเดินทางมาจากหลายพื้นที่ อีกทั้งในพื้นที่ตลาดยังเป็นแหล่งที่มีการประกอบกิจกรรมต่างๆ มากมาย การระบายอากาศไม่ดี จึงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง โดยพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2563 ได้จำแนก

ตลาดสดออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ตลาดสดที่มีโครงสร้างอาคารและดำเนินการเป็นประจำ และประเภทที่ 2 ตลาดสดที่มีโครงสร้างอาคารและดำเนินการชั่วคราวหรือตามวันที่กำหนด (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2551) ทั้งนี้ ตลาดสดประเภทที่ 1 จัดเป็นสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เนื่องจากเป็นพื้นที่สาธารณะที่มีการรวมกลุ่ม มีความแออัด และการระบายอากาศไม่ดี ซึ่งโรคโควิด 19 สามารถติดต่อได้ง่ายผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ที่มีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปะปนอยู่ จากการสูดดมฝอยละอองขนาดใหญ่เข้าไป (droplet transmission) การสัมผัสโดยตรง (direct contact) การสัมผัสโดยอ้อมผ่านอุปกรณ์เครื่องใช้หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ (indirect contact) และสามารถติดต่อผ่านการรับประทานอาหารและทางอุจจาระ (fecal-oral transmission) ได้ (กรมควบคุมโรค, 2564) จึงทำให้ผู้ค้าในตลาดสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ง่าย และส่งผลกระทบต่อผู้ค้าในตลาดสดและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสำคัญ โดยกรมอนามัย (2564) ได้กำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรการเพื่อลดการระบาดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง 2) การสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา 3) การป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร 4) การลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ซื้อ และ 5) การเก็บขยะและทำความสะอาด ซึ่งความร่วมมือของเจ้าของตลาดสดและผู้ค้ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของกรมอนามัยอย่างเข้มงวด รวมทั้งการกำหนดทางเข้า-ออกทางเดียว การติดตั้งเครื่องวัดอุณหภูมิ การติดตั้งจุดล้างมือหรือจุดกดแอลกอฮอล์เจล และการให้ความร่วมมืออื่นๆ เช่น การรายงานไทม์ไลน์ การกักตัวผู้ค้าที่เดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง ทั้งนี้ ตลาดและร้านค้าหลายแห่งได้ให้ความสำคัญและนำแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19

มากำหนดเป็นมาตรการที่ต้องปฏิบัติทั้งผู้ซื้อและผู้ค้า เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสามารถดำเนินการกิจการต่อไปได้ จากการศึกษาในประเทศโปรตุเกสพบว่า ร้านค้าต่างๆ เช่น มินิมาร์ท ซูเปอร์มาร์เก็ต มีการนำมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 มาใช้ โดยมีการเว้นระยะห่างของลูกค้า การจัดหาแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือ การให้พนักงานทุกคนสวมหน้ากากอนามัยและสวมถุงมือในการรับหรือทอนเงิน (Precioso, Samorinha, & Alves, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบว่า การป้องกันโรคโควิด 19 ที่ประชาชนปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ การทำความสะอาดมือเมื่อออกจากบ้านและการสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 90.10 การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 58.60 การเว้นระยะห่างและหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่ม ร้อยละ 10.30 การใช้แอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 9.40 และการสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 3.90 (Mola et al., 2021) และการศึกษาในประเทศแคนเมอรูนพบว่า การปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 100 การทำความสะอาดมือและใช้แอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 94.50 และการเว้นระยะห่าง ร้อยละ 83.80 (Ngwewondo et al., 2020) นอกจากนี้ การศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนยังพบว่า การปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ส่งผลให้อัตราการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ลดลงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การกำหนดทางเข้าออก การวัดอุณหภูมิ การห้ามบุคคลภายนอกเข้าชุมชน การป้องกันตนเอง การกักตัว 14 วัน การยกเลิกการชุมนุม และการทำความสะอาดพื้นที่ในชุมชน (Wu, Zhang, Li, Li, & Zuo, 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ประชาชนปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลหลังสัมผัสสิ่งของ ร้อยละ 90.80 การไอจามโดยหันหน้าออกจากผู้อื่น และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก ร้อยละ 77.90 การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน

ร้อยละ 76.70 การตรวจวัดอุณหภูมิที่จุดคัดกรอง ร้อยละ 72.40 การปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 70.70 การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 68.70 และการล้างมือ 7 ขั้นตอน ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 59.80 (ดรัญชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่า พนักงานส่งอาหารมีการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ขณะปฏิบัติงาน และการทำความสะอาดมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ในระดับมาก ได้แก่ การเว้นระยะห่าง และในระดับปานกลาง ได้แก่ การไอจามโดยใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก (สมบัติ พรหมณี, 2564) ทั้งนี้ การปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดในประเทศไทยมีค่อนข้างน้อย และยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ต้องการศึกษา ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 อีกทั้งผู้ค้าในตลาดสดต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 และการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดมีความแตกต่างจากประชาชน อีกทั้งมีการระบาดในคลัสเตอร์ตลาดสดหลายแห่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งเป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล โดยทำการศึกษา 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factor) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19

ของผู้ค้าในตลาดสด 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factor) ได้แก่ มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ค้าในตลาดสดสามารถปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ การปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด

สมมติฐานการวิจัย

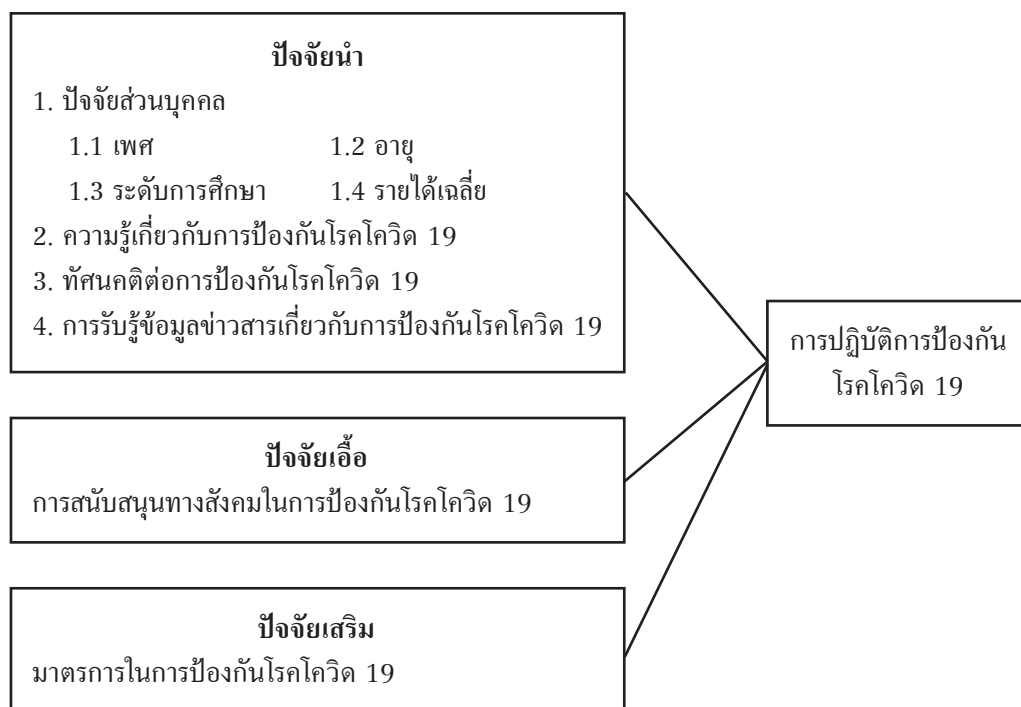
ปัจจัยนำ (ปัจจัยส่วนบุคคล [เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย] ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ทักษะติดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19) ปัจจัยเอื้อ (การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19) และปัจจัยเสริม (มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด

ของกรมอนามัย (2564) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสังเกตและการป้องกันตนเอง 2) การลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ค้าหรือผู้ซื้อและการเว้นระยะห่าง 3) การคัดกรอง 4) การเก็บขยะและทำความสะอาด และ 5) การป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ค้าในตลาดสดที่มีโครงสร้างอาคารและดำเนินกิจการเป็นประจำ 6 แห่ง ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 5,222 คน (สำนักงานเทศบาลนคร

นครปฐม, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีแผงค้าหรือร้านค้าประจำในตลาดสด และ 4)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 372 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่

แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2017) ได้จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 447 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม แบบง่ายโดยการจับสลากหมายเลขแฟ้มคำ ตามสัดส่วน ของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว การได้รับ วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การติดเชื้อโรคโควิด 19 และประเภทของสินค้าที่ขาย จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัยดัดแปลง จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนางเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคโควิด 19 จำนวน 1 ข้อ สาเหตุของโรคโควิด 19 จำนวน 2 ข้อ อาการและ อาการแสดงของโรคโควิด 19 จำนวน 3 ข้อ ผลกระทบ จากโรคโควิด 19 จำนวน 1 ข้อ วัคซีนป้องกันโรค โควิด 19 จำนวน 2 ข้อ และการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด 19 จำนวน 16 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมี เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–25 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 15 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15–19 คะแนน) และ ในระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกัน โรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความเชื่อต่อแนวทางการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การสังเกตและการป้องกันตนเอง จำนวน 5 ข้อ

การลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ค้าหรือผู้ซื้อและการเว้น ระยะห่าง จำนวน 7 ข้อ การคัดกรอง จำนวน 2 ข้อ การเก็บขยะและทำความสะอาด จำนวน 2 ข้อ และการป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร จำนวน 4 ข้อ รวม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วย อย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะ ตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (20–40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41–60 คะแนน) และ ในระดับสูง (61–80 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนางเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 8 ข้อ และแหล่งของ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 17 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วย อย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ (25–50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (51–75 คะแนน) และในระดับสูง (76–100 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการ การสนับสนุนด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ และความต้องการการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร

ประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความต้องการการสนับสนุนในระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และในระดับสูง (31-40 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นความคิดเห็นต่อมาตรการในการป้องกัน 3 ด้านของกรมอนามัย (2565) ได้แก่ ด้านการป้องกันคนจำนวน 5 ข้อ ด้านการป้องกันสถานที่ จำนวน 6 ข้อ และด้านการจัดการระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นต่อมาตรการในระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับผู้ค้าในตลาดสด ของกรมอนามัย (2564) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสังเกตและการป้องกันตนเอง จำนวน 7 ข้อ การลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ค้าหรือผู้ซื้อและการเว้นระยะห่าง จำนวน 8 ข้อ การคัดกรอง จำนวน 2 ข้อ การเก็บขยะและทำความสะอาด จำนวน 3 ข้อ และการป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติการป้องกันในระดับต่ำ (0-25 คะแนน) ในระดับปานกลาง (26-50 คะแนน) และในระดับสูง (51-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด แบบสอบถามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดต่อ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97, .98, 1, 1, .95 และ .94 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ค้าในตลาดสดการไฟฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .86 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันฯ แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันฯ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันฯ แบบสอบถามมาตรการในการป้องกันฯ และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .97, .97, .92, .91 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 079/2565 วันที่ 31 สิงหาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่

คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ
สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ
ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต
ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสำนักงานทรัพย์สิน
พระมหากษัตริย์ จังหวัดนครปฐม และผู้ดูแลตลาดสด
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง
ที่ตลาดสดแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบ
แบบสอบถามและแบบวัดพร้อมซอง ให้กลุ่มตัวอย่าง
นำกลับไปตอบ โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ เมื่อตอบเสร็จ
ให้ใส่ในซอง ปิดผนึก และส่งคืนในกล่องที่ตั้งไว้บริเวณ
สำนักงานตลาด ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และค่ามัธยฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค
โควิด 19 ข้อมูลทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19
ข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค
โควิด 19 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน
โรคโควิด 19 ข้อมูลมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19
และข้อมูลการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน การหาความ
สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องเพศกับการปฏิบัติ
การป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์
แบบพอยท์ไบซีเรียล ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และรายได้
เฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ทัศนคติ
ต่อการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนทาง
สังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 และมาตรการใน
การป้องกันโรคโควิด 19 กับการปฏิบัติการป้องกันโรค
โควิด 19 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้
ได้รับแบบสอบถามและแบบวัดที่สมบูรณ์จากกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 409 คน คิดเป็นร้อยละ 91.50

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า
ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ
61.12 มีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 28.61 ($M = 41.35, SD = 11.80, Med = 41$)
มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
43.76 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,000–20,000 บาท
ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.83 ($M = 25,064.79, SD = 12,843.10, Med = 20,000$) มีโรคประจำตัว
คิดเป็นร้อยละ 26.41 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.81 ได้รับวัคซีนป้องกัน
โรคโควิด 19 จำนวน 3 เข็ม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
42.30 เคยมีการติดเชื้อโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ
47.92 โดยเป็นการติดเชื้อของคนในครอบครัว คิดเป็น
ร้อยละ 45.41 และประเภทของสินค้าที่ขาย คือ เนื้อสัตว์
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.83

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของ
ผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดมีความรู้เกี่ยวกับ
การป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับต่ำ มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 40.34 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็น
ร้อยละ 35.94 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน
โรคโควิด 19 ต่ำสุด–สูงสุด คือ 6–25 คะแนน และ
ค่ามัธยฐาน 17 คะแนน

3. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของ
ผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดมีทัศนคติต่อ
การป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง มากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 54.28 รองลงมา คือ ในระดับสูง คิดเป็น
ร้อยละ 45.48 โดยมีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกัน
โรคโควิด 19 ต่ำสุด–สูงสุด คือ 37–80 คะแนน และ
ค่ามัธยฐาน 60 คะแนน

4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.95 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.05 โดยมีคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุด-สูงสุด คือ 56-100 คะแนน และค่ามัธยฐาน 77 คะแนน

5. การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.75 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.25 โดยมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุด-สูงสุด คือ 22-40 คะแนน และค่ามัธยฐาน 33 คะแนน

6. มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.42 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.58 โดยมีคะแนนมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุด-สูงสุด คือ 38-60 คะแนน และค่ามัธยฐาน 50 คะแนน

7. การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.64 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.12 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่ำสุด-สูงสุด คือ 25-75 คะแนน และค่ามัธยฐาน 56 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ค้าในตลาดสดมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ด้านการสังเกตและการป้องกันตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.59 รองลงมา คือ ในระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.67 ด้านการลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ค้าหรือผู้ซื้อและการเว้นระยะห่าง ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.95 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.92 ด้านการคัดกรอง ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.94 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.83 ด้านการเก็บขยะและทำความสะอาด ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.92 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.50 และด้านการป้องกันการปนเปื้อนสู่อาหาร ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.19 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.72

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 และมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .145, p < .01$) ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .196, p < .001$; $r_s = .299, p < .001$ และ $r_s = .185, p < .001$ ตามลำดับ) แต่อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 และมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด (n = 409)

ปัจจัย	การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19	
	r_{pb}	p
เพศ	.145	.001
อายุ	.006	.909
ระดับการศึกษา	.053	.288
รายได้เฉลี่ย	.091	.066
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	-.133	.207
ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19	.196	< .001
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19	.299	< .001
การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19	.026	.604
มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19	.185	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ค้าในตลาดสดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 71.64) ทั้งนี้อาจเนื่องจากได้รับอิทธิพลจากการณรงค์และส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของจรัส รัชกุล และคณะ (2564) ที่พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ พญาพรหม, หัสญา ตันติพงษ์, พรพรรณ มนัสจกุล, และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแกวสกุล (2565) ที่พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกัน

เชื้อไวรัสโควิด 19 ในระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปและบุคคลใกล้ชิดในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากคุณลักษณะของเพศหญิงที่มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาในประชาชนประเทศไต้หวันของ Luo, Chen, Yang, and Hong (2022) ที่พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด

19 แตกต่างกันในเรื่องการรักษานามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และสอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ที่พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปและบุคคลใกล้ชิด

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ค้าในตลาดสดมีความกลัวต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 และจากสถานการณ์ที่ผ่านมาที่ผู้ค้าในตลาดสดให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 จึงไม่พบการระบาดใหญ่ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการ ป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rabbani et al. (2021) ที่พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของ ประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ที่พบว่า ทักษะคิดมี ความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปและบุคคลใกล้ชิด

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ค้าใน ตลาดสดมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคโควิด 19 จากสื่อโทรทัศน์และสื่ออื่นๆ ซึ่งส่งผล ต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับ การศึกษาของระวิ แก้วสุกใส, พรทิพา คงคุณ, บุญยิ่ง ทองคุปต์, ลุตฟี สะมะแอ, และสุกฤณา บุญนรากร (2564) ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน และ สอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมี ความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปและบุคคลใกล้ชิด

ผลการวิจัยพบว่า มาตรการในการป้องกันโรค โควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการ ป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากตลาดสดมีมาตรการ ในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ชัดเจน ผู้ค้าในตลาดสด ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หากไม่ปฏิบัติตามจะ ไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินกิจการค้าขาย ประกอบกับ ผู้ค้าในตลาดสดกลัวการถูกปิดตลาดหากพบผู้ติดเชื้อ โรคโควิด 19 ที่เชื่อมโยงกับตลาดสด ทำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 คล้ายคลึงกับการศึกษา ของนงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (2564) ที่พบว่า มาตรการเฝ้าระวังของรัฐบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก ต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป และบุคคลใกล้ชิด และสอดคล้องกับสถานการณ์ใน ประเทศไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ไม่พบ ขาวการต่อต้านนโยบายหรือมาตรการในการควบคุม การระบาด

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคโควิด 19 และการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน โรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการ ป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษา ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท ต่อเดือน จึงอาจทำให้มีการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด 19 ที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการ ป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อธิบายได้ว่า ตลาดสดมีมาตรการในการป้องกันโรค โควิด 19 ที่ชัดเจน และผู้ค้าในตลาดสดต้องปฏิบัติตาม อย่างเคร่งครัด ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมในระดับสูง แต่มี

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 40.34) รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.94) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จึงอาจไม่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภภรณ์ วงษ์ (2564) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับการสนับสนุนทาง สังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าใน ตลาดสดเช่นกัน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึง ความสำคัญของการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 จึงมีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติ การป้องกันโรค โควิด 19 ของตนเอง ทำให้ความต้องการการสนับสนุน ทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีผลโดยตรง ต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19 สอดคล้องกับ การศึกษาของวิชัย ศิริวรรณชัย (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรค โควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด สนับสนุนการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ผ่านสื่อ หรือช่องทางที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้ปฏิบัติตาม มาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ค้าในตลาดสดมีการปฏิบัติ การป้องกันโรค โควิด 19 ที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปฏิบัติ การป้องกัน โรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสดในพื้นที่อื่น เพื่อให้ ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ค้าในตลาดสดในประเทศไทย

มากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ค้าในตลาดสด และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/index.php?dashboard=main>
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2551). แนวทาง การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.dla.go.th/index.jsp>
- กรมอนามัย. (2564). กรมอนามัย ยกระดับมาตรการ ป้องกันในตลาด ใช้แผนเผชิญเหตุ สุ่มตรวจ เชิงรุก แก้ปัญหาโควิด-19. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/240864/>
- กรมอนามัย. (2565). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควิด 2019 (COVID-19) มาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับ ตลาดนัด. สืบค้นจาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/covid-free-setting/>
- งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนครปฐม. (2564). รายงานการติดเชื้อ COVID-19. นครปฐม: ผู้แต่ง.
- จิรัส รัชกุล, ขาดิชา สุวรรณนิตย์, จุติกรณ ดงรัตนานนท์, พุฒิปัญญา เรืองสม, จีรพรรณ หัสโรจน์, และโสภิสุตา วิบูลย์พันธุ์. (2564). การประเมินการปฏิบัติตน ของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2564 (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข.

- ดรัญชนก พันธุ์สุมา, และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกัน โควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอ เมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597–604.
- นงเยาว์ เกษตรภิบาล, นงศ์คราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนันท, ศรีสกุล สังคำปิง, และรุชชีลา โตเกีเล. (2564). ปัจจัยทำนายการ ปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือ ผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของ โรคโควิด 19 (ระยะที่ 2) (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- ยุพเรศ พญาพรหม, ทัศญา ตันติพิศ, พรพรรณ มนัสจกุล, และศรีณญาณรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล. (2565). การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่ง ชนบท จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(44), 61–76.
- ระวิ แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, บุญยิ่ง ทองคุปต์, ดุติพี สะมะแอ, และสุกฤดา บุญนารากร. (2564). ความ สัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ ประชาชนจังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 67–79.
- วิชัย ศิริวรรณจันชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ งานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและ ป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 63–75.
- ศูนย์ข้อมูล COVID-19. (2565). สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://web.facebook.com/informationcovid19/photos>
- สมบัติ พรหมณี. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ตามแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกัน การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ พนักงานส่งอาหารในจังหวัดนครนายก. สืบค้น จาก https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2023/06/2_2-1.pdf
- สำนักงานเทศบาลนครนครปฐม. (2564). รายงาน การกำกับดูแลและกำกับการปฏิบัติให้เป็นไป ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตลาด. นครปฐม: ผู้แต่ง.
- สุภาภรณ์ วงษ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด สุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร บัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Luo, Y. F., Chen, L. C., Yang, S. C., & Hong, S. (2022). Knowledge, attitude, and practice (KAP) toward COVID-19 pandemic among the public in Taiwan: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2784. doi:10.3390/ijerph19052784

- Mola, S., Aweke, Z., Jemal, B., Hussen, R., Hailu, S., Neme, D., ... Zemedkun, A. (2021). Magnitude and associated factors for attitude and practice toward COVID-19 and its prevention among the residents of Gedeo zone, southern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 253–262. doi:10.2147/RMHP.S277904
- Ngwewondo, A., Nkengazong, L., Ambe, L. A., Ebogo, J. T., Mba, F. M., Goni, H. O., ... Oyono, J. E. (2020). Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(9), e0008700. doi:10.1371/journal.pntd.0008700
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Precioso, J., Samorinha, C., & Alves, R. (2021). Prevention measures for COVID-19 in retail food stores in Braga, Portugal. *Pulmonology*, 27(3), 260–261. doi:10.1016/j.pulmoe.2020.06.009
- Rabbani, M. G., Akter, O., Hasan, M. Z., Samad, N., Mahmood, S. S., & Joarder, T. (2021). COVID-19 knowledge, attitudes, and practices among people in Bangladesh: Telephone-based cross-sectional survey. *JMIR Formative Research*, 5(11), e28344. doi:10.2196/28344
- Wu, Y., Zhang, Q., Li, L., Li, M., & Zuo, Y. (2021). Control and prevention of the COVID-19 epidemic in China: A qualitative community case study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 4907–4922. doi:10.2147/RMHP.S336039
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวด ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol Pain Catastrophizing and Pain Intensity in Breast Cancer Patients Receiving Taxol Chemotherapy

สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล) ¹

Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) ¹

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ²

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ²

ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) ³

Chuanchom Peachpunpisal, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research) ³

พกามาศ พิมพ็ธรา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ⁴

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) ⁴

Received: May 22, 2025

Revised: June 19, 2025

Accepted: June 25, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 28 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบวัดระดับความปวด เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูล

^{1,4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,4} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{2,3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2,3} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: cardionursing@hotmail.com

ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ Friedman test, Wilcoxon signed-rank test และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาพรวม มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดหลังได้รับยาครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดทั้งสามช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกสัปดาห์และผู้ป่วยในภาพรวมมีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคู่หลังได้รับยาครั้งที่ 1 กับหลังได้รับยาครั้งที่ 3 ($Z = 2.598, p < .01$ และ $Z = 3.059, p < .01$ ตามลำดับ) และความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความปวดหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .650, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ รวมถึงควรให้ความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดจากยาเคมีบำบัด Taxol

คำสำคัญ: ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ระดับความปวด มะเร็งเต้านม ยาเคมีบำบัด Taxol

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to compare pain catastrophizing after receiving the 1st, 2nd, and 3rd cycles of Taxol chemotherapy, and to examine the relationship between pain catastrophizing and pain intensity in breast cancer patients. The participants were 28 breast cancer patients receiving Taxol chemotherapy at the outpatient department of Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments included a demographic questionnaire, the Pain Catastrophizing Questionnaire with a reliability of .93, and a numeric rating scale for pain intensity. Data were collected from February 2021 to January 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, median, interquartile range, Friedman test, Wilcoxon signed-rank test, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that the participants who received weekly Taxol chemotherapy and the overall group demonstrated significantly different levels of pain catastrophizing across at least one pair among the three time points (after the 1st, 2nd, and 3rd doses of Taxol chemotherapy). In contrast, participants who received Taxol chemotherapy every three weeks showed no significant differences in pain catastrophizing scores across the three sessions. Post hoc comparisons indicated that the weekly chemotherapy group and the overall sample had statistically significant differences in pain catastrophizing between the first and third doses ($Z = 2.598, p < .01$ and $Z = 3.059, p < .01$, respectively). Furthermore, pain catastrophizing was found to have a statistically significant positive correlation with pain intensity in breast cancer patients following Taxol chemotherapy ($r_s = .650, p < .001$).

This research suggests that nurses should assess pain catastrophizing, particularly in breast cancer patients receiving Taxol chemotherapy every three weeks. Furthermore, appropriate education regarding the mechanisms of pain induced by Taxol chemotherapy should be provided.

Keywords: Pain catastrophizing, Pain intensity, Breast cancer, Taxol chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง ข้อมูลจาก GLOBOCAN ในปี ค.ศ. 2022 (Ferlay et al., 2024) แสดงให้เห็นว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งอันดับ 1 ของมะเร็งในผู้หญิงทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยผู้หญิงทั่วโลกเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ร้อยละ 23.80 ขณะที่ผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมรายละ 23.20 ของมะเร็งทั้งหมด และมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้หญิงเสียชีวิตจากการลุกลามของมะเร็งอีกด้วย (Cuthrell & Tzenios, 2023) ผลของการเป็นมะเร็งเต้านมก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษา ทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงหลายประการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวด ผมร่วง ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (โสรัจญา สุริยันต์, วรณิ

เดียววิศเรศ, และนุจรี ไชยมงคล, 2558) โดยเฉพาะอาการปวดจากพยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัด (chemotherapy induce neuropathic pain [CINPI]) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยยาจะมีผลทำลายเส้นประสาทส่วนปลายทั้งด้านการรับรู้สัมผัส (sensory) ด้านการเคลื่อนไหว (motor) รวมถึงการทำงานของประสาทอัตโนมัติ (autonomous) มักเกิดที่มือและเท้าทั้งสองข้าง อาการมีตั้งแต่รู้สึกขาแปลบจนถึงปวดแสบปวดร้อนหรือไวต่อสิ่งกระตุ้นจนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (Park, 2014)

ยาเคมีบำบัด Taxol มีชื่อทางเคมีว่า paclitaxel เป็นยาเคมีบำบัดตัวหนึ่งที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัด Taxol ทำให้เซลล์มะเร็งตาย ผ่านกลไกการขัดขวางการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง (Fox, 2025) การให้ยาเคมีบำบัด Taxol จะให้ร่วมกับยาเคมีบำบัดอื่นในนามสูตรยา AC-T

ประกอบด้วยยา Adriamycin และ Cyclophosphamide (AC) ตามด้วย Paclitaxel (Taxol) การบริหารยาจะให้ทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็นการให้ยา AC 4 ครั้ง ทุก 3 สัปดาห์ และต่อด้วย Taxol 4 ครั้ง ทุก 3 สัปดาห์ (Mahtani, 2023) การบริหารยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์นั้นจะให้ปริมาณ 175 mg/m² ยานี้มีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ปวดรุนแรงจากพยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลาย จนยากต่อการจัดการ (Xu, Jiang, & Chen, 2022) จึงมีแนวทางการบริหารยาจากการให้ยาทุก 3 สัปดาห์เป็นทุกสัปดาห์ ซึ่งปริมาณยาที่จะลดลงเหลือ 80 mg/m² ซึ่งจะช่วยลดอาการปวดลงได้ อาการปวดจากยาเคมีบำบัด Taxol เรียกว่า P-APS (paclitaxel-associated acute pain syndrome) พบได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ที่ได้รับยานี้ และมีอาการเด่น คือ ปวดข้อ และปวดกล้ามเนื้อ (Saito et al., 2019) โดยอาการปวดจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol (Loprinzi et al., 2011) การลดปัญหาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยานี้จึงมีความสำคัญ การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวดจะมีประโยชน์ต่อการจัดการความปวด ซึ่งยาเคมีบำบัด Taxol เกี่ยวข้องกับอาการปวดโดยตรง แต่ความปวดยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความคิดที่เกี่ยวกับความปวด (cognitive component) (Craig & MacKenzie, 2021) ดังนั้นการรู้ปัจจัยด้านความคิดที่มีต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing) เป็นหนึ่งในตัวแปรของปัจจัยด้านความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) ทั้งหมดล้วนเป็นความคิดด้านลบต่อความปวดจนคาดการณ์ความปวดมากเกินไปกว่าอาการปวดที่เป็นจริง จนทำให้บุคคลรายงาน

ความปวดที่มากกว่าปกติได้ (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995) ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง (Anagnostopoulos, Paraponiari, & Kafetsios, 2023; Li, Cui, Jia, Ouyang, & Hual, 2025; Wilson et al., 2022) ในส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น ยังมีรายงานการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดจำนวนน้อย โดยการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา oxaliplatin กับ docetaxel ซึ่งเป็นยาที่มีโครงสร้างทางเคมีคล้าย Taxol ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา docetaxel มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา oxaliplatin (Ventzel et al., 2018) หมายความว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาในกลุ่มนี้จะมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระหว่างการได้รับยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลของยาที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลายได้ การศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol นี้ จึงยังมีความสำคัญ โดยเฉพาะการติดตามความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในแต่ละช่วงเวลาของการได้รับยา และความสัมพันธ์กับระดับความปวด จากความสำคัญที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัยถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Taxol ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol

สมมติฐานการวิจัย

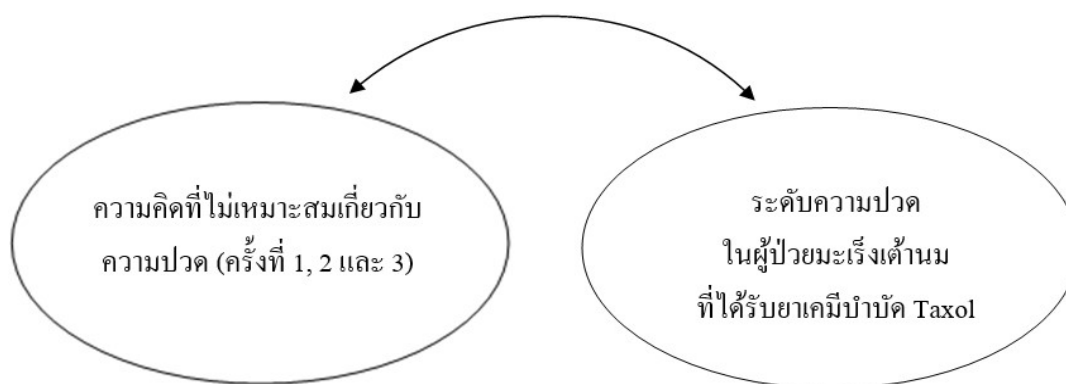
1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแตกต่างกัน

2. ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ที่พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) ที่กล่าวว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิด

แต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) และความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความเกี่ยวข้องกับระดับความปวด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์กับระดับความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (Anagnostopoulou et al., 2023; Li et al., 2025; Wilson et al., 2022) ผู้วิจัยนำแนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในการได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทั้ง 3 ครั้ง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC-T คือ ยา Adriamycin และ Cyclophosphamide (AC) ตามด้วย Taxol ใน dose แรก จะได้รับยาทุกสัปดาห์หรือทุก 3 สัปดาห์ก็ได้ 3) อยู่ในช่วงก่อนได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งแรก ไม่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงจากการได้รับยา เช่น ชีต คลื่นไส้ อาเจียนมาก และไม่ปฏิเสธการรับยา 4) รู้สึกตัวดี สามารถพูด อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีปัญหาความจำบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) 6) สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย 7) ไม่อยู่ระหว่างการรักษากาเวอซิมเศร้า และ 8)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ในหมวดสถิติ repeated measures, within factors ตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Kang, 2015) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 รวมทั้ง number of group เท่ากับ 1 และ number of measurement เท่ากับ 3 (ตามจำนวนครั้งของการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ระยะเวลาที่รับรู้

ว่าเป็นมะเร็งเต้านม และการได้รับยาเคมีบำบัด Taxol จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยการประยุกต์ใช้ Brislin's translation model (Phongphanngam & Lach, 2019) และตรวจสอบโมเดลการวัดโดยยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล, ลลิตา เดชาวูธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล (2563) แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) จำนวน 3 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) จำนวน 4 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่มีความคิดหรือความรู้สึกเลย มีความคิดหรือความรู้สึกเล็กน้อย มีความคิดหรือความรู้สึกปานกลาง มีความคิดหรือความรู้สึกมาก และมีความคิดหรือความรู้สึกตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (no catastrophizer) (0 คะแนน) มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับน้อย (non extreme catastrophizer) (น้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 หรือ 1-29 คะแนน) และมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก (extreme catastrophizer) (มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 หรือ 30-52 คะแนน) (Sullivan, 2009) แบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษมีค่าความเชื่อมั่น .87 มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีค่าความเชื่อมั่น .87, .66 และ .78 ตามลำดับ ส่วนฉบับภาษาไทยมีการหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 500 คน ได้ค่าเท่ากับ .93 มิติการครุ่นคิด แต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ ได้ค่าเท่ากับ .71, .86 และ .88 ตามลำดับ สำหรับโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มีความตรงสู่สมบูรณ (convergent validity) ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (construct reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

ชุดที่ 3 แบบวัดระดับความปวด มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scales [NRS]) (McGuire, 2010) โดยให้ผู้ตอบกากบาทระดับความปวดของตนเองลงบนตัวเลขคะแนนความปวดที่มีตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่ปวด 1 คะแนน คือ ปวดเล็กน้อย ไปจนถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีความปวด (0 คะแนน) มีความปวดน้อย (1-3 คะแนน) มีความปวดปานกลาง (4-7 คะแนน) และมีความปวดรุนแรง (8-10 คะแนน) (Cleeland et al., 1994)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 005/64 วันที่ 28 มกราคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ประธานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ยาเคมีบำบัด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

จะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยหลักเพียงคนเดียว โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลา 07.00-08.30 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาระหว่างรอพบแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล นัดหมายวันและเวลาในการโทรศัพท์สอบถามข้อมูล เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และระดับความปวด ในวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 (เนื่องจากอาการปวดจะพบได้สูงสุดในวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol [Loprinzi et al., 2011]) และสอบถามข้อมูลการนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป และทวนสอบกับตารางของพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 2 ที่แผนกผู้ป่วยนอก พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป และนัดหมายวันและเวลาในการโทรศัพท์สอบถามข้อมูล เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ในวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 2 และสอบถามข้อมูลการนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป และทวนสอบกับตารางของพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 3 ที่แผนกผู้ป่วยนอก พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป และนัดหมายวันและเวลาในการโทรศัพท์สอบถามข้อมูล เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ในวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 3 โดยแต่ละครั้งใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 20-30 นาที กรณีผู้ป่วยมาตามนัดแล้วแต่ผลเลือดไม่ผ่านเงื่อนไขการให้ยาเคมีบำบัด Taxol ผู้วิจัยทำการเลื่อนวันพบผู้ป่วย และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลครั้งต่อไปหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลระดับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ ข้อมูลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และคะแนนความปวด พบว่า ทั้งสองตัวแปรมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ non-parametric ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ การเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ Friedman test โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test และการหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ช่วงอายุ 30–59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 82.14 (Med = 50.50, IQR = 18.25) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.29 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 21.43 มีรายได้อยู่ในช่วง

10,000–14,999 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.14 (Med = 10,000, IQR = 12,250) เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.57 มีระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในช่วง 6–12 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.29 ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ (จำนวน 17 คน) คิดเป็นร้อยละ 60.71 และได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ (จำนวน 11 คน) คิดเป็นร้อยละ 39.29

2. ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol พบว่า หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาพรวมมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก ลดลงตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 32.14, 28.57 และ 17.86 โดยส่วนใหญ่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.86, 71.43 และ 67.86 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามการได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ ไม่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก หลังได้รับยาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ 72.73 ตามลำดับ และลดลงเป็นร้อยละ 45.45 หลังได้รับยาครั้งที่ 3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol จำแนกตามการได้รับยาทุกสัปดาห์ ทุก 3 สัปดาห์ และภาพรวม

ช่วงเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol	ได้รับยาทุกสัปดาห์ (n = 17)			ได้รับยาทุก 3 สัปดาห์ (n = 11)			ภาพรวม (n = 28)		
	NC	NEC	EC	NC	NEC	EC	NC	NEC	EC
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
หลังได้รับยาครั้งที่ 1	0 (0)	17 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (18.18)	9 (81.82)	0 (0)	19 (67.86)	9 (32.14)
หลังได้รับยาครั้งที่ 2	0 (0)	17 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (27.27)	8 (72.73)	0 (0)	20 (71.43)	8 (28.57)
หลังได้รับยาครั้งที่ 3	4 (23.53)	13 (76.47)	0 (0)	0 (0)	6 (54.55)	5 (45.45)	4 (14.28)	19 (67.86)	5 (17.86)

หมายเหตุ: NC = no catastrophizer, NEC = non extreme catastrophizer และ EC = extreme catastrophizer

3. การเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาพรวม มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดทั้งสามช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดทั้งสามช่วงเวลา

ไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาพรวม มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคู่หลังได้รับยาครั้งที่ 1 กับหลังได้รับยาครั้งที่ 3 ($Z = 2.598, p < .01$ และ $Z = 3.059, p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 จำแนกตามการได้รับยาทุกสัปดาห์ ทุก 3 สัปดาห์ และภาพรวม ด้วยสถิติ Friedman test

ช่วงเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol	ได้รับยาทุกสัปดาห์ (n = 17)			ได้รับยาทุก 3 สัปดาห์ (n = 11)			ภาพรวม (n = 28)		
	Med (IQR)	χ^2	p	Med (IQR)	χ^2	p	Med (IQR)	χ^2	p
หลังได้รับยาครั้งที่ 1	7.00 (13.00)	9.406	.009	36.00 (5.00)	3.190	.203	18.00 (27.75)	11.264	.004
หลังได้รับยาครั้งที่ 2	7.00 (22.00)			36.00 (12.00)			20.50 (29.00)		
หลังได้รับยาครั้งที่ 3	9.00 (11.00)			29.00 (14.00)			12.00 (23.50)		

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol แต่ละช่วงเวลา จำแนกตามการได้รับยาทุกสัปดาห์ และภาพรวม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

คู่ของการได้รับยาเคมีบำบัด Taxol	ได้รับยาทุกสัปดาห์ (n = 17)			ภาพรวม (n = 28)		
	Med (IQR)	Z	p	Med (IQR)	Z	p
ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 2	7.00 (13.00) – 7.00 (22.00)	.477	.633	18.00 (27.75) – 20.50 (29.00)	1.121	.262
ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3	7.00 (13.00) – 9.00 (11.00)	2.598	.009	18.00 (27.75) – 12.00 (23.50)	3.059	.002
ครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 3	7.00 (22.00) – 9.00 (11.00)	1.300	.193	20.50 (29.00) – 12.00 (23.50)	1.747	.081

4. ระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol พบว่า หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาพรวมส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.58

และมีความปวดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10.71 เมื่อจำแนกตามการได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.35

และไม่มีอาการปวดในระดับรุนแรง ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์
ส่วนใหญ่มีอาการปวดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ

72.73 และมีความปวดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ
27.27 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 จำแนกตาม
การได้รับยาทุกสัปดาห์ ทุก 3 สัปดาห์ และภาพรวม

ได้รับยาทุกสัปดาห์ (n = 17)				ได้รับยาทุก 3 สัปดาห์ (n = 11)				ภาพรวม (n = 28)			
ไม่ปวด	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	ไม่ปวด	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	ไม่ปวด	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
0 (0)	3 (17.65)	14 (82.35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (72.73)	3 (27.27)	0 (0)	3 (10.71)	22 (78.58)	3 (10.71)
Med = 4, IQR = .50, Min = 3, Max = 5				Med = 7, IQR = 1, Min = 6, Max = 10				Med = 5, IQR = 2, Min = 3, Max = 10			

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสม
เกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol พบว่า ความคิด
ที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับระดับความปวดหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol
ครั้งที่ 1 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($r_s = .650, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol (n = 28)

ตัวแปร	ระดับความปวด	
	r_s	p
ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	.650	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในภาพรวม มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ
ความปวดหลังได้รับยาครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคู่ที่มีความแตกต่างกัน
คือ หลังได้รับยาครั้งที่ 1 กับหลังได้รับยาครั้งที่ 3
ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol
ทุก 3 สัปดาห์ มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ
ความปวดทั้งสามช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบาย
ได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างราว 3 ใน 5 (ร้อยละ
60.71) ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ ซึ่งการ

ได้รับยาเคมีบำบัดทุกสัปดาห์นั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้กับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทนต่อผลข้างเคียงที่สำคัญของยาไม่ได้ เช่น ภาวะเลือดจาง การปวดของเส้นประสาทส่วนปลายที่แขนหรือขา จึงมีการแบ่งขนาดยาให้น้อยลงในแต่ละครั้ง แต่ให้ถี่ขึ้นตามสัปดาห์เมื่อเทียบกับการให้ยาทุก 3 สัปดาห์ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและอภิมานการวิจัยที่พบว่า การได้รับยาเคมีบำบัด Taxol แบบทุกสัปดาห์ และแบบทุก 3 สัปดาห์นั้น โอกาสในการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับยาทุกสัปดาห์มีการปวดน้อยกว่า (Lin et al., 2022) เมื่อมีความปวดน้อยลง ผู้ป่วยย่อมมีความคิดด้านลบต่อความปวดไม่มาก เพราะความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิด แต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (Sullivan et al., 1995) การมีระดับความปวดที่ไม่มากจนเกินไปย่อมทำให้จิตใจไม่จดจ่อกับความปวด และเมื่อรับรู้ประสบการณ์ความปวดในครั้งแรกที่ไม่มากย่อมทำให้คาดการณ์ได้ว่าความปวดในครั้งต่อไปมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ตนเองสามารถยอมรับได้และไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตมากเกินไป ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดจึงลดลงและมีความแตกต่างเฉพาะการเปรียบเทียบในครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol

สำหรับกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์นั้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มาก การเกิดปัญหาการอักเสบของประสาทส่วนปลายย่อมมีมากกว่าและก่อให้เกิดความปวดได้มากขึ้น ซึ่งยาเคมีบำบัด Taxol เป็นยาในกลุ่ม Taxanes ที่มีผลข้างเคียงในการทำลายระบบประสาทส่วนปลายและมีผลต่อระบบประสาทรับความรู้สึก (นุสรา ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, ยศพล เหลืองโสมนภา, และชลียา วามะลุน, 2559) การทำลายประสาทส่วนปลายด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้มีลักษณะเด่น คือ การทำงานของไขประสาทชนิด A-beta ที่มีเชื้อไมอีลินถูกทำลายอย่างชัดเจน

การทำงานของไขประสาทชนิด A-delta ได้รับผลกระทบปานกลาง และไขประสาทชนิด C ได้รับผลกระทบน้อย (Dougherty, Cata, Cordella, Burton, & Weng, 2004) ซึ่งไขประสาททั้งสามชนิดนี้มีหน้าที่ในการรับสัญญาณความปวดและขัดขวางการส่งสัญญาณความปวดไปยังไขสันหลัง ส่งผลให้มีการส่งสัญญาณความปวดไปยังไขสันหลังส่วน dorsal horn ได้ง่ายขึ้น และทำให้เซลล์ substantia gelatinosa (SG cell) เปิดประตูให้สัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลายเข้าไขสันหลังและไปยังสมองได้ง่ายขึ้นจนรับรู้ความปวดมาก (ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามจำ, 2556) ทั้งนี้ความปวดเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และอารมณ์ การมีความปวดจากการใช้ยาเคมีบำบัด Taxol ที่มากจากปริมาณยาที่สูง ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดมากตามไปด้วย ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ทุก 3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก หลังได้รับยาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ 72.73 ตามลำดับ และแม้จะลดลงเป็นร้อยละ 45.45 แต่ก็ยังถือว่ามีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ผลการเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในสามช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความปวด หลังได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ครั้งที่ 1 ของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัด Taxol มาก่อน จึงอาจทำให้คาดการณ์ถึงความปวดจากยาที่ได้รับเกินจริงหรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเกิดขึ้นมาก ซึ่งความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนี้เป็นชุดของความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความ หรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไป (Sullivan et al., 1995) การมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด

มากขึ้นจะทำให้เพิ่มการรับรู้ความปวด (pain perception) จากหลายช่องทาง ดังนี้ (Campbell et al., 2010; Edwards et al., 2008; Goodin et al., 2009; Quartana, Campbell, & Edwards, 2009) 1) เพิ่มความสนใจต่อความปวด (attention to pain) ส่งผลให้บุคคลจดจ่อกับความปวดมากขึ้นจนรับรู้ความปวดมากขึ้น 2) ลดการทำงานของ endogenous morphine ซึ่งเป็นสารเคมีสื่อประสาทที่สมองหลั่งได้เอง สารนี้ช่วยยับยั้งความปวดผ่านการจัดการกับตัวกระตุ้นให้เกิดความปวดให้ทำงานได้ลดลง ผู้ที่มีความปวดอยู่แล้วจะรายงานความปวดมากขึ้นได้ 3) เพิ่มการนำสัญญาณความปวดที่ระดับไขสันหลัง โดยมีการสันนิษฐานว่าการมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีผลต่อการนำสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ความปวดมากขึ้นได้ และ 4) ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์กับการหลั่งสาร interleukin 6 (IL-6) ซึ่งเป็นสารเคมีที่พบในการตอบสนองต่อความปวด จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ก็จะมีระดับความปวดเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางนั้นด้วยเช่นกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบแล้วว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย docetaxel มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเกิดขึ้น (Ventzel et al., 2018) การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำให้ทราบเพียงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดอยู่จริงเช่นกัน แต่ยังทำให้ทราบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดซึ่งสัมพันธ์กับระดับความปวดด้วย ข้อความรู้นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol หรือยาที่มีสูตรเคมีเดียวกัน เพราะการดูแลในประเด็นความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เนื่องจากยาเคมีบำบัด Taxol ทำให้ระบบประสาทส่วนปลายอักเสบ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ป้องกันระบบประสาทส่วนปลายอักเสบจากยาเคมีบำบัด การลดความรุนแรงกระทำโดยการลดขนาดยาและยืดระยะเวลาการให้ยา (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2559) ดังเช่นการให้ยาเคมีบำบัด Taxol ทุกสัปดาห์ แทนทุก 3 สัปดาห์ และพยาบาลต้องคำนึงถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดำเนินการในระยะเวลาเกือบตลอดปี พ.ศ. 2564 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยังมีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางรายยังไม่พร้อมมารับยาเคมีบำบัดเนื่องจากกลัวการติดโรคโควิด 19 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยน้อยลงจนไม่สามารถดำเนินการศึกษาเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol ทุกสัปดาห์ หรือทุก 3 สัปดาห์ได้ การศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol เฉพาะกลุ่มที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกันที่มีจำนวนตัวอย่างมากขึ้น จึงยังคงเป็นประเด็นการวิจัยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol ควรมีการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดร่วมด้วยตั้งแต่ในครั้งที่ 1 ของการได้รับยา เพราะความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดสามารถพบได้ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Taxol ทุกสัปดาห์ และทุก 3 สัปดาห์ และความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์กับการรายงานความปวด หากพบว่าผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก ควรให้ความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดจากยาเคมีบำบัด Taxol เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ลด

ความคิดด้านลบต่อความปวด ซึ่งจะสามารถลดการรับรู้ความปวดจากยาเคมีบำบัด Taxol ที่มากเกินไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol แยกตามกลุ่มที่ได้รับยา คือ ทุกสัปดาห์ และทุก 3 สัปดาห์ ที่มีจำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่มมากขึ้น และควรมีการศึกษารูปแบบหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด Taxol ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับมาก เพื่อช่วยลดการรับรู้ความปวดจากยาเคมีบำบัด Taxol ที่มากเกินไป

เอกสารอ้างอิง

- นุสรา ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, ยศพล เหลืองโสมนภา, และชลียา วามะลุน. (2559). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพิษยาพิษประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 1–13.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ลลิตา เดชาวูธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล. (2563). โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 33–42.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, และศรีสุดา งามจำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 83–93.
- โสรัจญา สุริยันต์, วรณี เดียววิเศษ, และนุรี ไชยมงคล. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: แบบจำลองเชิงสาเหตุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(4), 131–140.

Anagnostopoulos, F., Paraponiari, A., & Kafetsios, K. (2023). The role of pain catastrophizing, emotional intelligence, and pain intensity in the quality of life of cancer patients with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 30(3), 501–519. doi:10.1007/s10880-022-09921-5

Campbell, C. M., Witmer, K., Simango, M., Carteret, A., Loggia, M. L., Campbell, J. N., ... Edwards, R. R. (2010). Catastrophizing delays the analgesic effect of distraction. *Pain*, 149(2), 202–207. doi:10.1016/j.pain.2009.11.012

Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., & Pandya, K. J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, 330(9), 592–596. doi:10.1056/NEJM199403033300902

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155

Craig, K. D., & MacKenzie, N. E. (2021). What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric & Neonatal Pain*, 3(3), 106–118. doi:10.1002/pne2.12046

Cuthrell, K. M., & Tzenios, N. (2023). Breast cancer: Updated and deep insights. *International Research Journal of Oncology*, 6(1), 104–118. Retrieved from <https://journalirjo.com/index.php/IRJO/article/view/129/255>

- Dougherty, P. M., Cata, J. P., Cordella, J. V., Burton, A., & Weng, H. R. (2004). Taxol-induced sensory disturbance is characterized by preferential impairment of myelinated fiber function in cancer patients. *Pain*, 109(1–2), 132–142. doi:10.1016/j.pain.2004.01.021
- Edwards, R. R., Kronfli, T., Haythornthwaite, J. A., Smith, M. T., McGuire, L., & Page, G. G. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain*, 140(1), 135–144. doi:10.1016/j.pain.2008.07.024
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., ... Bray, F. (2024). *Global cancer observatory: Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer*. Retrieved from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Fox, K. (2025). *Taxol (Paclitaxel): What to expect, side effects, and more*. Retrieved from <https://www.breastcancer.org/drugs/taxol>
- Goodin, B. R., McGuire, L., Allshouse, M., Stapleton, L., Haythornthwaite, J. A., Burns, N., ... Edwards, R. R. (2009). Associations between catastrophizing and endogenous pain-inhibitory processes: Sex differences. *The Journal of Pain*, 10(2), 180–190. doi:10.1016/j.jpain.2008.08.012
- Kang, H. (2015). Sample size determination for repeated measures design using G Power software. *Anesthesia and Pain Medicine*, 10(1), 6–15. doi:10.17085/apm.2015.10.1.6
- Li, J., Cui, Y., Jia, Q., Ouyang, A., & Hua, Y. (2025). Pain intensity and pain catastrophizing among patients with chronic pain: The mediating effect of self-efficacy. *Journal of Pain Research*, 18, 1361–1373. doi:10.2147/JPR.S504498
- Lin, S., Peng, T., Meng, Y., Cao, C., Gao, P., Wu, P., ... Cheng, C. (2022). Comparison of one-week versus three-week paclitaxel for advanced pan-carcinomas: Systematic review and meta-analysis. *Aging*, 14(4), 1959–1982. doi:10.18632/aging.203919
- Loprinzi, C. L., Reeves, B. N., Dakhil, S. R., Sloan, J. A., Wolf, S. L., Burger, K. N., ... Lachance, D. H. (2011). Natural history of paclitaxel-associated acute pain syndrome: Prospective cohort study NCCTG N08C1. *Journal of Clinical Oncology*, 29(11), 1472–1478. doi:10.1200/JCO.2010.33.0308
- Mahtani, R. L. (2023). *AC-T: Adriamycin, cyclophosphamide, and Taxol*. Retrieved from <https://www.lbcc.org/about-breast-cancer/treatments/chemotherapy/common-regimens/ac-t-doxorubicin>
- McGuire, L. L. (2010). Pain: The fifth vital sign. In D. D. Ignatavicius & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care, Vol. 1* (pp. 35–61). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Park, H. J. (2014). Chemotherapy induced peripheral neuropathic pain. *Korean Journal of Anesthesiology*, 67(1), 4–7. doi:10.4097/kjae.2014.67.1.4

- Phongphanngam, S., & Lach, H. W. (2019). Cross-cultural instrument translation and adaptation: Challenges and strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(2), 170–179. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/129032/127925>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. doi: 10.1586/ern.09.34
- Saito, Y., Yamada, T., Kobayashi, M., Sakakibara-Konishi, J., Shinagawa, N., Kinoshita, I., ... Iseki, K. (2019). Paclitaxel-associated acute pain syndrome similarly occurs in the patients with or without previously administered non-steroidal anti-inflammatory drugs prior to paclitaxel administration. *Yakugaku Zasshi : Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*, 139(12), 1601–1608. doi:10.1248/yakushi.19-00148
- Sullivan, M. J. L. (2009). *The Pain Catastrophizing Scale: User manual* (5th ed.). Montreal, Quebec: Departments of Psychology, Medicine, and Neurology, School of Physical and Occupational Therapy, McGill University.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Ventzel, L., Madsen, C. S., Karlsson, P., Tankisi, H., Isak, B., Fuglsang-Frederiksen, A., ... Finnerup, N. B. (2018). Chronic pain and neuropathy following adjuvant chemotherapy. *Pain Medicine*, 19(9), 1813–1824. doi:10.1093/pm/pnx231
- Wilson, J. M., Schreiber, K. L., Mackey, S., Flowers, K. M., Darnall, B. D., Edwards, R. R., & Azizoddin, D. R. (2022). Increased pain catastrophizing longitudinally predicts worsened pain severity and interference in patients with chronic pain and cancer: A collaborative health outcomes information registry study (CHOIR). *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 31(10), 1753–1761. doi:10.1002/pon.6020
- Xu, Y., Jiang, Z., & Chen, X. (2022). Mechanisms underlying paclitaxel-induced neuropathic pain: Channels, inflammation and immune regulations. *European Journal of Pharmacology*, 933, 175288. doi:10.1016/j.ejphar.2022.175288

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

The Effect of the Acceptance and Commitment Group Therapy Program on Intention to Substance Abstinence among Youths with Substance Abuse in the Substance Rehabilitation Center

ภาคินี เดชชัยยศ, วท.ม. (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) ¹

Pakinee Detchaiyot, M.S. (Clinical and Community Psychology) ¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ประ.ด. (การพยาบาล) ² จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ² Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. (Nursing) ³

สาวิตรี วงศ์อินจันทร์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ⁴

Sawitree Wonginjun, M.N.S. (Pediatric Nursing) ⁴

Received: January 14, 2025 Revised: May 5, 2025 Accepted: June 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 100 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีค่า

^{1, 4} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{1, 4} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

² Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: duangjaiwat@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอโศก

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management EEC Campus

ความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (กลุ่มทดลอง: $M = 42.20$, $SD = 5.95$ กลุ่มควบคุม: $M = 39.18$, $SD = 5.68$) และระยะติดตามผล 1 เดือน (กลุ่มทดลอง: $M = 40.78$, $SD = 3.43$ กลุ่มควบคุม: $M = 37.82$, $SD = 5.10$) และ 2) ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดไม่แตกต่างกัน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาไปประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด เยาวชนที่ใช้สารเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the acceptance and commitment group therapy program on intention to substance abstinence among youths with substance abuse. The participants consisted of 100 youths with substance abuse in the substance rehabilitation centers. They were equally divided into an experimental group ($n = 50$) and a control group ($n = 50$). The research instruments included the acceptance and commitment group therapy program, a personal data questionnaire, and an intention to substance abstinence questionnaire with a reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from February to July 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, independent *t*-test, and two-way repeated measures ANOVA.

The research results revealed that 1) the experimental group had a higher mean score of intention to substance abstinence than the control group in both the after-experiment period (experimental group: $M = 42.20$, $SD = 5.95$; control group: $M = 39.18$, $SD = 5.68$) and the 1-month follow-up period (experimental group: $M = 40.78$, $SD = 3.43$; control group: $M = 37.82$, $SD = 5.10$); and 2) in the before-experiment, the after-experiment, and the 1-month follow-up periods, the experimental group had no difference in the mean score of intention to substance abstinence.

This research suggests that nurses should apply the acceptance and commitment group therapy program in nursing practice to increase the intention to substance abstinence and to prevent relapse among youths with substance abuse.

Keywords: Acceptance and commitment group therapy, Intention to substance abstinence, Youths with substance abuse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนเป็นวิกฤตการณ์สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสังคม จากสถิติปี ค.ศ. 2024 พบว่า มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 292 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.60 ของประชากรโลก สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ กัญชา ร้อยละ 78 รองลงมา คือ ฟีน ร้อยละ 20 แอมเฟตามีน ร้อยละ 10.30 โคเคน ร้อยละ 7.90 และเฮโรอีน ร้อยละ 6.80 ตามลำดับ (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024) และปี ค.ศ. 2023 พบว่า เยาวชนอายุ 15–24 ปี มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.50 จากปี ค.ศ. 2022 (UNODC, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดยังคงทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในระบบเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จากปีงบประมาณ 2565 ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัด แอมเฟตามีนมากที่สุด ร้อยละ 82.83 รองลงมา คือ เฮโรอีน ร้อยละ 3.85 ไอซ์ ร้อยละ 3.35 และฟีน ร้อยละ 2.20 ตามลำดับ ซึ่งการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากราคาถูก และหาซื้อได้ง่าย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด, 2567)

เยาวชนเป็นช่วงวัยที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดมากที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่น และมีแนวโน้มการใช้ แอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นทุกปี (สาวตรี หลักทอง และนุจิรี ไชยมงคล, 2564) เยาวชนมักใช้สารเสพติดเพื่อความบันเทิงซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมเสพติด จุดเริ่มต้นของ

การใช้สารเสพติดในเยาวชนมาจากความอยากรู้อยากเห็น ขาดการยั้งคิด ขาดความตระหนักถึงผลกระทบ หรือ มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ต้องการเสริมความมั่นใจ ต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด, 2567) ใช้เพื่อความบันเทิง (UNODC, 2024) มีพฤติกรรมเลียนแบบบุคคลใกล้ชิดหรือสังคมรอบตัว หรืออาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นแหล่งยาเสพติด (ผกามาศ ไรยทอง, 2565)

การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเยาวชน ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพัฒนาการทางสมองและความสามารถในการเรียนรู้ เยาวชนที่ใช้สารเสพติดมัก แสดงความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง การตัดสินใจ และการประมวลผล ด้านอารมณ์ (Kim-Spoon et al., 2017) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยการใช้แอมเฟตามีน สัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1.60 เท่า ความคิดฆ่าตัวตาย 4.40 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท (schizophrenia) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด 2.30 เท่า (McKetin et al., 2019) นอกจากนี้ เยาวชนที่มีปัญหา การใช้สารเสพติดยังมักมีพฤติกรรมขาดเรียนบ่อย ผลการเรียนต่ำ และลาออกจากสถานศึกษาในระหว่างการเรียน (Lowthian, 2022) และมีแนวโน้มการก่อ ปัญหาอาชญากรรมในอนาคต (Bakken, Lien, Fauske,

Benth, & Landheim, 2023) จากผลกระทบที่รุนแรงดังกล่าวทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยให้เยาวชนสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างยั่งยืนจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด (intention to substance abstinence) เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกเสพยาเสพติด (Liu et al., 2024) โดยเป็นเจตนาเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงความพร้อมที่จะเลิกเสพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการมุ่งใจให้แสดงพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับแรงผลักดันจากภายใน ได้แก่ ความมุ่งมั่น ความเชื่อมั่น และความกระตือรือร้น (Ajzen & Fishbein, 1980) จากการศึกษาพบว่าเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดร้อยละ 45.19 มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดค่อนข้างสูง ร้อยละ 34.07 มีความตั้งใจปานกลาง และร้อยละ 11.48 มีความตั้งใจค่อนข้างน้อย (ภาภิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, 2564) การส่งเสริมให้เยาวชนมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เยาวชนเลิกเสพยาเสพติดได้สำเร็จ

การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา (acceptance and commitment therapy [ACT]) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ (ภาภิณี เดชชัยยศ และคณะ, 2564) การบำบัดนี้พัฒนาโดย Hayes, Luoma, Bond, Masuda, and Lillis (2006) มุ่งพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจผ่านกระบวนการหลัก 6 ประการ เริ่มจากการยอมรับ (acceptance) ที่เอื้อให้เยาวชนยอมรับประสบการณ์การใช้สารเสพติดในอดีตว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ควบคู่กับการแยกความคิด (cognitive defusion) ที่ช่วยให้ตระหนักว่าประสบการณ์เหล่านั้นได้ผ่านพ้นไปแล้ว ไม่จำเป็นต้องโทษตนเองหรือเชื่อว่าต้องพึ่งพาสารเสพติด

เท่านั้น การฝึกอยู่กับปัจจุบัน (present moment awareness) ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการสังเกตความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ณ ขณะปัจจุบันอย่างมีสติ พร้อมกับการพัฒนามุมมองต่อตนเองตามบริบท (self as context) ที่เข้าใจสถานะของตนในฐานะผู้เข้ารับการบำบัด การค้นหาคุณค่าที่แท้จริง (values) ช่วยให้เยาวชนค้นพบสิ่งที่มีความหมายในชีวิต กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และใช้เป็นแรงจูงใจภายในสำหรับการเลิกเสพ และการลงมือทำตามพันธะสัญญา (committed action) ที่สอดคล้องกับคุณค่าส่วนบุคคล จะเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดให้เข้มแข็งและยั่งยืนยิ่งขึ้น

หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนว่าการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญามีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดประเภทต่างๆ ทั้งในกลุ่มเยาวชนและประชากรกลุ่มอื่น (Gul & Aqeel, 2020; Gul, Aqeel, & Shaqoor, 2022; Krotter et al., 2024; Kwan, Lau, Ang, & Lau, 2024; Liu et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในบริบทของเยาวชนไทยยังมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีลักษณะเฉพาะ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างทั้งด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมผสมผสานหลักการของการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาเข้ากับบริบทของสังคมไทย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการบำบัด และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับเยาวชนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

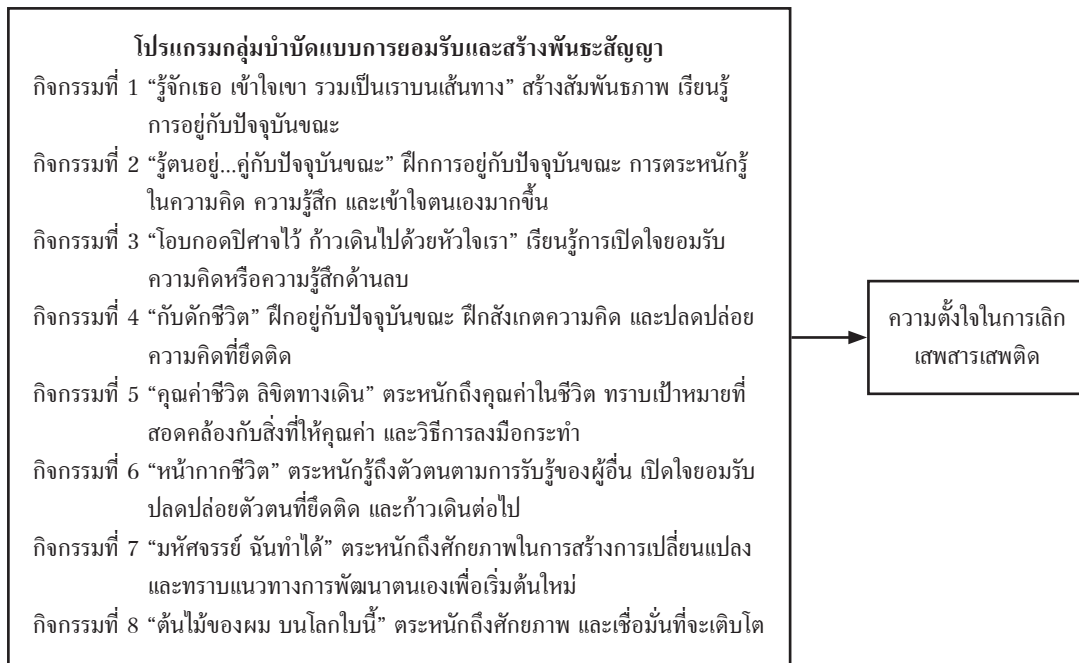
สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดแตกต่างจากกลุ่มควบคุม
2. ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา (ACT) ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเยาวชนที่เสพยาเสพติด และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม

เกิดจากความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility) ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงประสบการณ์ด้านลบ (experiential avoidance) และนำไปสู่ความทุกข์ในชีวิต เช่นเดียวกับเยาวชนที่ใช้เสพยาติดมักมีความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจสูง มีความคิดยึดติด ไม่รู้คุณค่าในการใช้ชีวิตและเป้าหมายชีวิต จึงมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า การเลิกใช้เสพยาติดในเยาวชนควรคำนึงถึง 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเตรียมทักษะชีวิต การคำนึงถึงผลกระทบต่อครอบครัว การจัดการสภาพแวดล้อม การใช้บทเรียนจากอดีต และการเตรียมพร้อมเผชิญอุปสรรค การออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมนี้จึงร้อยเรียงตามกระบวนการ ACT ร่วมกับการสอดแทรกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนวรรณกรรม โดยเน้นให้เยาวชนยอมรับประสบการณ์ด้านลบและเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกเสพยาติดผ่านการเชื่อมโยงกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิต เมื่อเยาวชนเข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 8 กิจกรรม จะสามารถยอมรับประสบการณ์ด้านลบของตนเอง อยู่กับปัจจุบันขณะ แยกแยะความคิด รับรู้ตัวตนตามบริบทที่แท้จริง เข้าใจคุณค่าในการใช้ชีวิต และมีเป้าหมายชัดเจน ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นทางจิตใจและความตั้งใจในการเลิกเสพยาติดเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–25 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน 3) ไม่มีอาการจากการถอนพิษยา 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen

(1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดเล็ก เท่ากับ .20 (Gray & Grove, 2021) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 84 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน เลือกสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง 2 แห่ง (จากจำนวน 8 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก และทำการสุ่มกำหนด (random assignment) โรงเรียนทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลาก ได้โรงเรียน A เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียน B เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับ

ผลการวิจัยจากทะเบียนนักเรียน โดยจับคู่ตามอายุ และระยะเวลาการเข้ารับการบำบัด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา ของ Hayes et al. (2006) ร่วมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในการวิจัยระยะหนึ่งที่พบว่า การเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดควรคำนึงถึง 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเตรียมทักษะชีวิตเพื่อรับมือกับความท้าทาย การคำนึงถึงผลกระทบต่อคนในครอบครัว การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกยา การเข้ารับเรียนจากอดีตเพื่อวางแผนอนาคต และการเตรียมพร้อมเผชิญอุปสรรคในกระบวนการเลิกยา (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ, 2564) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมของโปรแกรมอิงกระบวนการ (as process) แบบบูรณาการตามลำดับตามองค์ประกอบของการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา 6 องค์ประกอบ และคำนึงถึงผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดดังกล่าว เพื่อให้กิจกรรมของโปรแกรมเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของเยาวชนไทยมากที่สุด โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเธอ เข้าใจเขา รวมเป็นเรา บนเส้นทาง” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และสร้างพลังของกลุ่ม เกิดการเรียนรู้และตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบันขณะ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบันขณะผ่านกิจกรรมการกินอย่างมีสติ การสร้างพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน และการมอบหมายการบ้าน “ผม...กับการเรียนรู้ในวันแรก”

กิจกรรมที่ 2 “รู้ตนอยู่...คู่กับปัจจุบันขณะ”

ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อฝึกการอยู่กับปัจจุบันขณะ การตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึกของตนเอง และเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น โดยเริ่มจากการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ ด้วยการสำรวจร่างกายตนเอง การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “การตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันผ่านมือที่ปลูกต้นไม้” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “ต้นไม้ที่ฉันปลูก”

กิจกรรมที่ 3 “โอบกอดปิศาจไว้ ก้าวเดินไปด้วยหัวใจเรา” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อเรียนรู้การเปิดใจยอมรับความคิดหรือความรู้สึกด้านลบ เรียนรู้วิธีการเผชิญหน้ากับประสบการณ์ด้านลบด้วยวิธีการใหม่ มีความหวังและกำลังใจ ผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “ปั่นดิน...จากเสียงคำรามภายในเป็นปิศาจร้าย” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “ปิศาจร้าย สอนอะไรเรา”

กิจกรรมที่ 4 “กักตักชีวิต” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อฝึกอยู่กับปัจจุบันขณะ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความคิดยึดติดหรือกับดักทางความคิดที่ส่งผลต่อชีวิต ฝึกสังเกตความคิด และปลดปล่อยความคิดที่ยึดติด เพื่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “หน้าต่างชีวิต” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “จดหมายถึงตัวเอง”

กิจกรรมที่ 5 “คุณค่าชีวิต ลิขิตทางเดิน” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อให้ตระหนักและทราบถึงความสำคัญของสิ่งที่มีความสำคัญหรือมีคุณค่าในชีวิต ทราบเป้าหมายที่สอดคล้องกับสิ่งที่ให้คุณค่า และทราบวิธีการลงมือกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “ชักเย่กับปิศาจร้าย” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “จะยื้อ หรือจะปล่อย”

กิจกรรมที่ 6 “หน้าต่างชีวิต” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อให้ตระหนักรู้ถึงตัวตนตามการรับรู้

ของผู้อื่น ที่มาของตัวตนนั้น มองเห็นความคิดและความรู้สึกกับตัวตนที่ตนยึดติด เปิดใจยอมรับ ปลดปล่อยตัวตนที่ยึดติด และก้าวเดินต่อไป ณ ปัจจุบัน เรียนรู้การพัฒนาตัวตน และพร้อมเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “สิ่งที่อยากให้คนพูดถึงผม” และ “สิ่งที่มีคุณค่า...กับวันที่เหลืออยู่” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “เส้นทางสู่... การดูแลเป้าหมาย”

กิจกรรมที่ 7 “มหัศจรรย์ ฉันทำได้” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อให้ตระหนักถึงศักยภาพในตนเองต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลง และทราบแนวทางการพัฒนาตนเองเพื่อเริ่มต้นใหม่ ผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “มหัศจรรย์...ฉันทำได้” และ “เมื่อชีวิตต้องเริ่มใหม่” การสรุปการเรียนรู้ และการมอบหมายการบ้าน “คุณค่าที่ผมให้...เป้าหมายที่ผมจะทำ”

กิจกรรมที่ 8 “ต้นไม้ของผม บนโลกใบนี้” ใช้เวลา 60-80 นาที เพื่อให้ทราบถึงคุณค่า เป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว ตระหนักถึงศักยภาพ และมีความเชื่อมั่นในคนที่เติบโตและพัฒนา ผ่านการดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพื้นที่ชีวิตที่มีสติ การทบทวนการบ้าน กิจกรรม “ใบไม้ในสายธาร” และ “พาครุฑสวนต้นไม้” การสรุปการเรียนรู้ และการประเมินผล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ก่อนเข้ารับการบำบัด อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด ระยะเวลาการบำบัด และประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิก

เสพติด สารเสพติด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของวันเพ็ญ อานาจกิติกร, ศุภนาฏ ปัญญาราช, เสาวพร เจือกุดขมื่น, ไพรัตน์ พรหมเสน, และโสภณ โพธิ์ประยูร (2553) ที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ของ Ajzen and Fishbein (1980) จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงเลย ไม่จริง จริง และจริงที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-52 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกเสพติด สารเสพติดน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกเสพติดสารเสพติดมาก มีค่าความเชื่อมั่นในผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัด เท่ากับ .83 (พรทิพย์ ไชครุ่ง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี, 2559)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมและความสอดคล้องของกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นโรงเรียนวิวัฒนพลเมืองแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่าเยาวชนสามารถเข้าใจเนื้อหาและปฏิบัติตามกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และนำแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพติดสารเสพติดไปทดลองใช้กับเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นโรงเรียนวิวัฒนพลเมืองแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย

วิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB1-013/2564 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้บริหาร และผู้อำนวยการโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ทั้ง 2 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมโรงเรียนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2-5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงเรียน ให้ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันเสาร์ ช่วงบ่าย รวมจำนวน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามปกติ ได้แก่ การฝึกระเบียบวินัย การออกกำลังกาย กิจกรรมชุมชนบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง สมองคิดยา การป้องกันกรกลับไปเสพยา การเสริมสร้างทักษะชีวิต อาชีวบำบัดตาม

ความสนใจ เช่น เกษตรกรรม การหล่อปูน การทำของตกแต่งสวน

4. ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมโรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมโรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล ข้อมูลความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 22.82 ปี ($SD = 1.84$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 86

มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 มีรายได้ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมา คือ 10,000–15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 20 อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกเฉลี่ย 16.20 ปี ($SD = 2.29$) เข้ารับการรักษาครั้งที่ 4–6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาการบำบัดเฉลี่ย 33.36 วัน ($SD = 19.26$) และส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติด 3–4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 48 โดยสารเสพติดที่ใช้ร่วมกันมากที่สุด คือ ไอซ์ รองลงมา คือ บุหรี่ กัญชา และสุรา ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 22.40 ปี ($SD = 2.21$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 76 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 มีรายได้ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32 อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกเฉลี่ย 15.80 ปี ($SD = 2.72$) เข้ารับการรักษาบำบัดน้อยกว่า 4 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 26 ระยะเวลาการบำบัดเฉลี่ย 39.44 วัน ($SD = 12.59$) และส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติด 3–4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 60 โดยสารเสพติดที่ใช้ร่วมกันมากที่สุด คือ ไอซ์ รองลงมา คือ บุหรี่ กัญชา และสุรา เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 41.76 ($SD = 5.96$) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 42.20 ($SD = 5.95$) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 40.78 ($SD = 3.43$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 40.06 ($SD = 7.11$) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 39.18 ($SD = 5.68$) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 37.82 ($SD = 5.10$)

3. การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

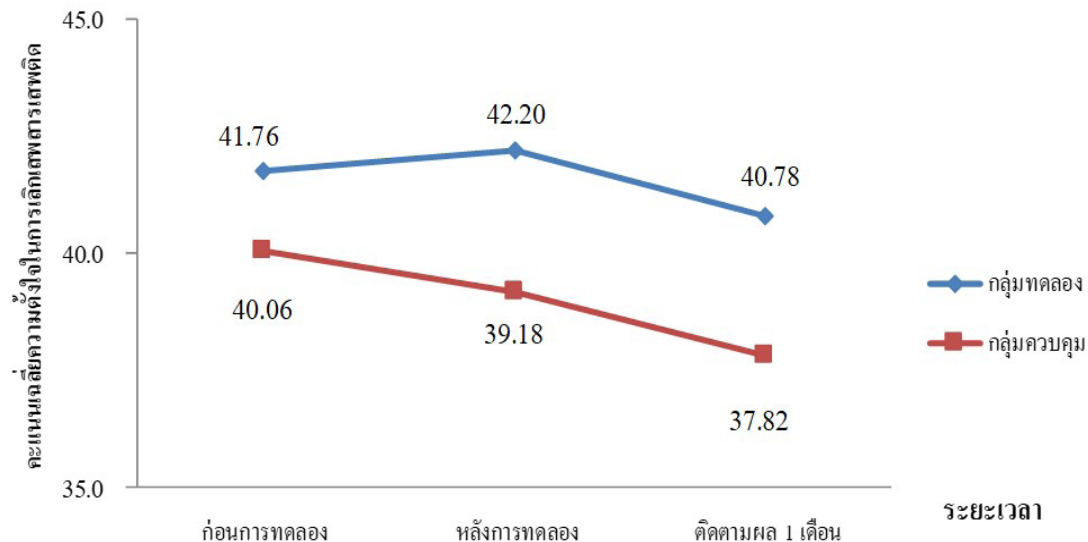
กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	50	41.76	5.96	1.300	.990
กลุ่มควบคุม	50	40.06	7.11		

4. การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9,183.270, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (กลุ่มทดลอง: $M = 42.20, SD = 5.95$ กลุ่มควบคุม: $M = 39.18, SD = 5.68$) และระยะติดตามผล 1 เดือน (กลุ่มทดลอง: $M = 40.78, SD = 3.43$ กลุ่มควบคุม: $M = 37.82, SD = 5.10$)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดทั้งสองกลุ่มในช่วงระยะเวลาของการทดลองที่เปลี่ยนแปลงไปมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.570, p < .05$) อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์อิทธิพลร่วม (interaction effect) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า วิธีการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .650, p > .05$) โดยรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในแต่ละช่วงเวลามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ($n = 100$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	487,227.00	1.00	487,227.00	9,183.270	< .001
ความคลาดเคลื่อน	5,199.48	98.00	53.06		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	152.42	2.00	76.21	3.570	.030
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	27.78	1.92	13.89	.650	.520
ความคลาดเคลื่อน	4,185.80	196.00	22.29		



แผนภูมิที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา (ACT) มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของเยาวชนไทยสามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmitz et al. (2024) ที่พบว่า ACT สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพโคเคนในกลุ่มผู้ใช้โคเคนที่เข้ารับการบำบัดในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของ Gul and Aqeel (2020) ที่พบว่า ACT มีประสิทธิผลในการลดความรู้สึกลบและ การรับรู้ตราบาปในผู้ติดสารเสพติดทั้งในระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผล เช่นเดียวกับการศึกษา

ของ Gul et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะติดสารเสพติดในประเทศปากีสถานที่ได้รับการบำบัดด้วย ACT มีความรู้สึกลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ ในระยะหลังการบำบัด และระยะติดตามผล ส่งผลให้หลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Osaji, Ojimba, and Ahmed (2020) รวมทั้งการศึกษาของ Krotter et al. (2024) ที่พบว่า โปรแกรม ACT มีประสิทธิภาพสูงในการลดพฤติกรรมเสพสารเสพติด

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิด การบำบัดแบบ ACT ของ Hayes et al. (2006) ที่มุ่งเน้น การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจผ่านกระบวนการสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ การแยกความคิด การเปิดใจยอมรับ การรับรู้ตนเองในบริบท การอยู่กับปัจจุบันขณะ การค้นหาคุณค่า และการสร้างพันธะสัญญาและลงมือทำ เมื่อบุคคลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงขึ้นทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่ชัดเจน ทำให้

เกิดความตระหนักรู้ในคุณค่าของชีวิตที่แท้จริง ใช้ชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่าได้อย่างเต็มศักยภาพ และเกิดความผาสุก โปรแกรมการบำบัดฯ ถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของเยาวชนที่ติดสารเสพติด ประกอบด้วย 8 กิจกรรม รูปแบบของกิจกรรมแต่ละครั้งจะเปิดโอกาสให้เยาวชนได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง เริ่มจากการฝึกอยู่กับปัจจุบันขณะเพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ เรียนรู้การเปิดใจยอมรับความรู้สึกและความคิดด้านลบโดยไม่หลีกเลี่ยง พัฒนาความสามารถในการแยกแยะว่าความคิดเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจที่ไม่จำเป็นต้องทำตาม เข้าใจตัวตนในมุมมองที่กว้างขึ้นนอกเหนือจากปัญหาที่กำลังเผชิญ ค้นพบคุณค่าสำคัญในชีวิตที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างพันธะสัญญากับการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายอย่างชัดเจน กระบวนการทั้งหมดนี้ทำให้เยาวชนพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาได้รับการออกแบบให้พัฒนาองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้านของ ACT อย่างเหมาะสมกับบริบทของเยาวชนที่ติดสารเสพติด ผ่านกิจกรรม 8 ครั้งที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เริ่มจากสองกิจกรรมแรก ที่เน้นการอยู่กับปัจจุบันขณะ (present moment) ผ่านกิจกรรมการกินอย่างมีสติ การสำรวจร่างกาย และการปลูกต้นไม้อย่างมีสติ ทำให้เยาวชนมีสติรู้เท่าทันความคิดความรู้สึกของตนเอง สามารถหยุดคิดและเลือกการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่วนกิจกรรมที่ 3 “โอบกอดปิศาจไว้” เป็นสิ่งที่ช่วยให้เยาวชนเรียนรู้เปิดใจยอมรับความรู้สึก ความทุกข์ใจ และอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน เพียงแต่เฝ้าสังเกตการยอมรับ (acceptance) ดังกล่าวทำให้เยาวชนมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ตนเองมากขึ้น ไม่จำเป็นต้อง

กลับไปใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจ ส่วนการแยกความคิด (cognitive defusion) ในกิจกรรมที่ 4 “กักตักชีวิต” ช่วยให้เยาวชนเห็นว่าความคิดเป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตใจ ไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือทำตามความคิดทุกอย่าง เยาวชนจึงเรียนรู้ที่จะมองความคิดด้านลบที่เข้ามาว่าเป็นเพียง “ความคิด” ไม่ใช่ความจริงที่ต้องทำตาม สำหรับองค์ประกอบด้านตัวตนตามบริบท (self as context) ผ่านกิจกรรมที่ 6 “หน้าากชีวิต” ช่วยให้เยาวชนตระหนักว่าตนเองไม่ได้เป็นเพียง “คนติดยา” แต่มีหลายบทบาทและมุมมองในชีวิต การมองตนเองในบริบทที่กว้างขึ้นทำให้เยาวชนไม่ยึดติดกับอัตลักษณ์ของ “ผู้เสพยา” และเปิดโอกาสให้ตนเองเปลี่ยนแปลง สำหรับการค้นหาคุณค่า (values) ในกิจกรรมที่ 5 “คุณค่าชีวิต ลิขิตทางเดิน” และกิจกรรมที่ 7 “มหัศจรรย์ ฉันทำได้” ช่วยให้เยาวชนค้นพบสิ่งที่มีความสำคัญและมีคุณค่าในชีวิต การเชื่อมโยงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดกับคุณค่าส่วนตัว เช่น การเป็นลูกที่ดี การมีสุขภาพดี การมีอนาคตที่สดใส ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจภายในที่ยั่งยืนกว่าแรงจูงใจภายนอก และการสร้างพันธะสัญญาและการลงมือทำ (committed action) ดังในกิจกรรม “คุณค่าที่ผมให้... เป้าหมายที่ผมจะทำ” และกิจกรรมที่ 8 “ต้นไม้ของมนุษยโลกใบนี้” ช่วยให้เยาวชนวางแผนและลงมือทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่สอดคล้องกับคุณค่าของตนมากขึ้น รวมทั้งมีสติอยู่กับตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดอย่างเด็ดขาดเพื่อให้บรรลุตามคุณค่าที่ระบุไว้ รวมทั้งมีแผนการเลิกเสพยาเสพติดเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านที่ชัดเจน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับตัวกระตุ้น การปฏิเสธ หรือการหลบเลี่ยงสิ่งแวดล้อม เมื่อผ่านกระบวนการครบทั้ง 8 กิจกรรมนี้ เยาวชนจึงมีความยืดหยุ่นทางจิตใจและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ดังจะเห็นได้จากกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ความตั้งใจใน

การเลิกเสพยาเสพติดของกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่นี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม ซึ่งมีเพียง 4 สัปดาห์ และการเปลี่ยนแปลงภายใต้กระบวนการของ ACT ที่ต้องใช้เวลาและค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งต้องมีการฝึกทักษะอย่างเชี่ยวชาญ การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ จึงอาจไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดหรือพฤติกรรมที่ยั่งยืน ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อาจยังไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจนเห็นความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Krotter et al. (2024) ที่พบว่า โปรแกรม ACT ที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดควรประกอบด้วยกิจกรรมอย่างน้อย 8 ครั้ง และใช้ระยะเวลา 8–12 สัปดาห์ จึงจะสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Díez-Bejarano and Chaves (2022) ที่ระบุว่า โปรแกรม ACT ที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทั้งนี้ การพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และฝึกฝนเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก การรับรู้ตนเอง และคุณค่าในชีวิต และต้องมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจึงจะได้ผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwan et al. (2024) ที่พบว่า ACT มีประสิทธิผลสูงในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนแรก เมื่อระยะเวลาผ่านไปมากกว่า 6 เดือน ประสิทธิผลมีแนวโน้มลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การกระตุ้นหรือเสริมแรงให้เยาวชนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสาธารณสุขควรพิจารณานำโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูเยาวชนที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด โดยควรมีการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม อีกทั้งควรพิจารณาขยายระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เกินกว่า 4 สัปดาห์ เช่น การจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีเวลาฝึกฝนและพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรออกแบบกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมในช่วงเวลานอกเหนือจากการเข้าร่วมโปรแกรมหลัก เช่น การฝึกสติประจำวัน การฝึกสังเกตความคิด การเปิดใจยอมรับ การทบทวนคุณค่า การปฏิบัติกิจกรรมตามพันธะสัญญา เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนสามารถนำทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายผลการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาในกลุ่มเยาวชนหรือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในภูมิภาคที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

2.2 ควรมีการศึกษาที่ประเมินผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา โดยขยายระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีเวลาเพียงพอในการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ

กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และเจ้าหน้าที่ในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, พรชัย จุลเมตต์, ภาคิณี เดชชัยยศ, มนตรี ชุนอินทร์ทอง, สรวิษ บุญประทุม, และทองสวย สีทนนท์. (2564). การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 28–40.

ผกามาศ ไรทอง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการจังหวัดภูเก็ต. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 63–80.

พรทิพย์ ไชครุ่ง, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 32(3), 37–50.

ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. (2564). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 37–49.

วันเพ็ญ อานาจกิติกร, ศุภนาฏ ปัญญาราช, เสาวพร เจือกุดขมิ้น, ไพรัตน์ พรหมเสน, และโสภณ โพธิ์ประยูร. (2553). *ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่* (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: เวียงบัวการพิมพ์.

สาวิตรี หลักทอง, และนุจิรี ไชยมงคล. (2564). ช่วงเวลาการฟื้นตัวของชีวิต: ประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สภาวะในเยาวชนชายที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 370–379.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bakken, R., Lien, L., Fauske, H., Benth, J. S., & Landheim, A. S. (2023). Criminal thinking and psychosocial characteristics among young adults entering residential substance use treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(4), 339–354. doi:10.1177/14550725231160337

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Routledge.

Díez-Bejarano, L., & Chaves, C. (2022). Is acceptance and commitment therapy effective in treating addiction? A systematic review. *Psychiatric Annals*, 52(6), 248–260. doi:10.3928/00485713-20220504-01

Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

- Gul, M., & Aqeel, M. (2020). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: A double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413–419. doi:10.1080/14659891.2020.1846803
- Gul, M., Aqeel, M., & Shaqoor, S. (2022). A parallel-group, double-blind, randomized controlled feasibility trial in Pakistan for treatment of self-stigma and shame in substance use disorders through acceptance and commitment therapy. *Nature-Nurture Journal of Psychology*, 2(1), 1–11. doi:10.53107/nnjp.v2i1.60.g20
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Kim-Spoon, J., Kahn, R. E., Lauharatanahirun, N., Deater-Deckard, K., Bickel, W. K., Chiu, P. H., & King-Casas, B. (2017). Executive functioning and substance use in adolescence: Neurobiological and behavioral perspectives. *Neuropsychologia*, 100, 79–92. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.020
- Krotter, A., Aonso-Diego, G., González-Menéndez, A., González-Roz, A., Secades-Villa, R., & García-Pérez, Á. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100773. doi:10.1016/j.jcbs.2024.100773
- Kwan, Y. K., Lau, Y., Ang, W. W., & Lau, S. T. (2024). Immediate, short-term, medium-term, and long-term effects of acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 26(1), 12–22. doi:10.1093/ntr/ntad145
- Liu, J., Knoll, S. J., Pascale, M. P., Gray, C. A., Bodolay, A., Potter, K. W., ... Schuster, R. M. (2024). Intention to quit or reduce e-cigarettes, cannabis, and their co-use among a school-based sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 157, 108101. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108101
- Lowthian, E. (2022). The secondary harms of parental substance use on children's educational outcomes: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 511–522. doi:10.1007/s40653-021-00433-2
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., ... Degenhardt, L. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81–97. doi:10.1016/j.eclinm.2019.09.014

- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: A review of literature. *Journal of Clinical Medicine Research*, 12(10), 629–633. doi:10.14740/jocmr4311
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Vujanovic, A. A., Yoon, J. H., Webber, H. E., Lane, S. D., ... Green, C. E. (2024). Contingency management plus acceptance and commitment therapy for initial cocaine abstinence: Results of a sequential multiple assignment randomized trial (SMART). *Drug and Alcohol Dependence*, 256, 111078. doi:10.1016/j.drugalcdep.2023.111078
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
-

ผลของการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผน การพยาบาลทางคลินิกต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (4Cs) ในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล

The Effect of Applying Guidelines of Writing Clinical Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan on 4Cs Learning and Innovative Skills in Writing Clinical Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan among Nursing Students

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ¹

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ¹

อรรรรณ ดวงใจ, M.Sc. (Special in Nursing) ²

Orawan Duangchai, M.Sc. (Special in Nursing) ²

สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล) ³

Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) ³

พกามาศ พิมพ็ธรา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ⁴

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) ⁴

Received: May 17, 2025 Revised: June 15, 2025 Accepted: June 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (4Cs) ในการเขียนข้อวินิจฉัยและ

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orawan@pnc.ac.th

^{3,4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{3,4} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

การวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 73 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ one-sample *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.360, p < .001$) และ 2) คะแนนความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล สูงกว่าคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรนำแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของรายวิชาการพยาบาลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความสามารถในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก การวางแผนการพยาบาล

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (4Cs) นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effect of applying guidelines of writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan on 4Cs learning and innovative skills in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan among nursing students. The participants consisted of 73 third-year nursing students studying at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instruments included the guidelines of writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan, a questionnaire of personal data, an assessment form of 4Cs learning and innovative skills in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan with a reliability of .88, and an assessment form of perception on feasibility, appropriateness, and usefulness of the guidelines. The implementation and data collection were conducted from March to April 2025. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and one-sample *t*-test.

The research results revealed that 1) after applying the guidelines, nursing students had a statistically significantly higher mean score of 4Cs learning and innovative skills in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan than before applying the guidelines ($t = 7.360, p < .001$); and 2) the scores of feasibility, appropriateness, and usefulness of the guidelines according to the students' perception were statistically significantly higher than the standard score ($p < .001$).

This research suggests that nursing instructors should utilize the guidelines for teaching management of various practicum subjects. This will help nursing students improve their abilities in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan.

Keywords: Writing clinical nursing diagnosis, Nursing care plan,
4Cs learning and innovative skills, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทักษะการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เน้นการเสริมสร้างประสิทธิภาพของผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะ เพื่อให้ผู้เรียนมีความสามารถในการบูรณาการความรู้ ทักษะเฉพาะด้าน สามารถใช้ทักษะการเรียนรู้ที่ฝึกฝนให้บรรลุความสำเร็จ ในวิชาชีพและการดำเนินชีวิต (สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และคณะ, 2565) ผู้เรียนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อก้าวสู่การเป็นผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (learning and innovative skills; 4Cs) ซึ่งเป็นพฤติกรรม การเรียนรู้ที่สะท้อนถึงความสามารถของผู้เรียนในการใช้กระบวนการและวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อแสวงหาความรู้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ นอกจากนี้ผู้เรียนยังสามารถบูรณาการองค์ความรู้ที่ได้รับมาสร้างสรรค์และพัฒนาสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ กับสังคม (พรสุข ตันตระกูลโรจน์, 2567) โดยทักษะ การเรียนรู้และนวัตกรรมประกอบด้วย การสื่อสารและ แสดงออก (communication) ความริเริ่มสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (creativity and innovation) การคิด อย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking

and problem solving) และการร่วมมือและการทำงาน เป็นทีม (collaboration) ซึ่งทักษะทั้ง 4 ทักษะ ล้วนมีความจำเป็นสำหรับผู้เรียนในยุคนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ควรเน้นการลงมือปฏิบัติจริงผ่านการจัดการเรียนการสอนที่มีผู้สอนคอยกระตุ้นหรืออำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุน โดยครูเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนมาเป็นโค้ช (โคตรีย์ เพ็ญน้อย, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และอดิญาณ์ ศรีเกษตรริน, 2566) ในขณะที่การจัดการเรียนรู้ในอดีตเน้นการถ่ายทอดความรู้จากประสบการณ์ของผู้สอนหรือจากการอ่านหนังสือหรือตำราของผู้เรียน การเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนมาเป็นโค้ชจำเป็นต้องมีวิธีการสอนที่สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้รอบด้าน โดยจัดการเรียนการสอนที่สามารถผสมผสานความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงหรือปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เผชิญได้ เช่น การฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการปฏิบัติสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ในวิชาชีพพยาบาล ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อกระตุ้น

ให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ในการตัดสินใจที่เหมาะสมและบรรลุทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมจึงมีความจำเป็น

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย ควรใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมที่จำเป็น โดยมุ่งให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ความรู้และประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนด ซึ่งการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผล (evaluation) โดยกระบวนการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นักศึกษามีการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินผลในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (วรารัณดา สายสิทธิ์ และคณะ, 2566) ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน อีกทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ได้วางแผนอย่างครอบคลุมและถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกพบว่า แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกเป็นนวัตกรรมกระบวนการทางการพยาบาล (nursing process innovation) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึก

ภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เนื่องจากใช้เป็นเครื่องมือในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567) จากประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลบนหอผู้ป่วย และการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการใช้กระบวนการพยาบาล ภายหลังการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า นักศึกษาจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีความเห็นว่า ปัญหาของการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย คือ การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ไม่ถูกต้องและครบถ้วน เนื่องจากไม่มีแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ซึ่งการประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาที่สอดคล้องกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องภายใต้ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด สิ่งสำคัญคือ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพยาธิวิทยา ทักษะการเชื่อมโยงองค์ความรู้เดิมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิด การให้เหตุผล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการประมวลข้อมูล เพื่อนำมาเปรียบเทียบข้อมูลที่ปกติและผิดปกติ รวมทั้งการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด (เรวดี ศรีสุข, 2564) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่เชื่อมโยงทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมกับการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลโดยตรง สะท้อนให้เห็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาในบริบทของการเรียนการสอนทางการพยาบาล

จากข้อมูลข้างต้น การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงควรออกแบบให้เกิดการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ผ่านการปฏิบัติจริงและการเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากการสื่อสารเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย

และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ความคิดสร้างสรรค์ ช่วยให้ปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การคิดอย่างมีวิจารณญาณช่วยให้ตัดสินใจทางคลินิก ได้แม่นยำ และการทำงานเป็นทีมเป็นพื้นฐานของการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ประกอบกับผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้างต้น จึงส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการอุปถัมภ์ด้วยสายตาแบบมีแนวทาง (guided visual metaphor [GVM]) ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธีนี้ช่วยให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ใช้เหตุผลสื่อสารและทำงานร่วมกับทีมได้ดีขึ้น และยังช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ลดความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเพิ่มทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมที่จำเป็นของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ที่สมบูรณ์และยั่งยืน (sustainability) ตลอดชีวิตการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก
2. เพื่อเปรียบเทียบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล กับคะแนนมาตรฐาน หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล

ทางคลินิก

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แนวทาง

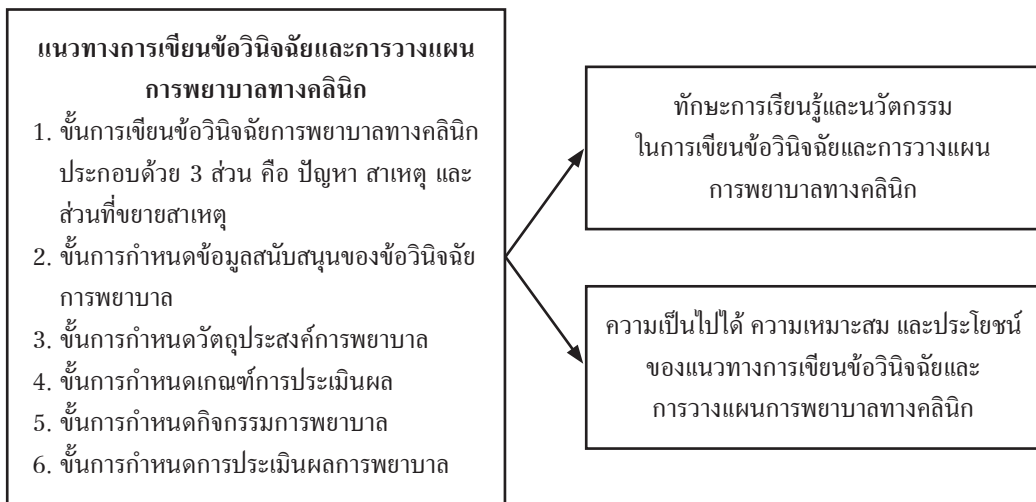
2. หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก คะแนนความพึงพอใจ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล สูงกว่าคะแนนมาตรฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนการวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำรูปแบบการอุปถัมภ์ด้วยสายตาแบบมีแนวทาง ที่มีการใช้ทั้งภาพหรือแผนภูมิและคำพูดในการสอน ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดเชิงเปรียบเทียบความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิม (metaphorical thought process) ทำให้เข้าใจความหมายของสิ่งนั้น แม้จะอธิบายภายใต้ข้อความหรือคำอื่นที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้ง่ายต่อการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้นภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งแนวทางฯ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัญหา สาเหตุ และส่วนที่ขยายสาเหตุ 2) ขั้นตอนการกำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) ขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล 4) ขั้นตอนการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล 5) ขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และ 6) ขั้นตอนการกำหนดการประเมิน

ผลการพยาบาล (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567) โดยมุ่งหวังให้นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน

ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกเพิ่มขึ้นสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่อยู่ระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และในชุมชนย่อยที่ 13 ตลาดเก่าริมน้ำ จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2568 จำนวน 73 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาทั้งประชากร เนื่องจากต้องการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับนักศึกษาเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในปีต่อไป โดยนักศึกษาทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถ

เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผนการวิจัย และไม่มี การขอลอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัญหา สาเหตุ และส่วนที่ขยายสาเหตุ 2) ขั้นตอนการกำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) ขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล 4) ขั้นตอนการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล 5) ขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และ 6) ขั้นตอนการกำหนดการประเมินผลการพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ทักษะ ได้แก่ การสื่อสาร และแสดงออก จำนวน 5 ข้อ ความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม จำนวน 4 ข้อ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา จำนวน 5 ข้อ และการร่วมมือและการทำงานเป็นทีม จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ โดยแต่ละส่วนประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2) ด้านข้อมูลสนับสนุน 3) ด้านวัตถุประสงค์การพยาบาล 4) ด้านเกณฑ์การประเมินผล 5) ด้านกิจกรรมการพยาบาล และ 6) ด้านการประเมินผลการพยาบาล รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน)

และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และมีประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแต่ละชุดเท่ากับ .83 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมฯ และแบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ฯ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2567 ที่มีประสบการณ์การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 025/68 วันที่ 27 มีนาคม 2568) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่วิทยาลัย ดำเนิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัย และการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของอาจารย์ผู้สอน และนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

3. ผู้วิจัย และอาจารย์ผู้สอนจำนวน 4 คน ดำเนินการจัดการเรียนการสอนกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษาตามการฝึกปฏิบัติในแต่ละรายวิชา จำนวน 2 กลุ่ม (แต่ละกลุ่มดำเนินการพร้อมกัน) ใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย อาจารย์ผู้สอน และกลุ่มตัวอย่าง ประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจแนวทางและเป้าหมายของการดำเนินการ มีการจัดทำคู่มือการสอน จากนั้นดำเนินการดังนี้ ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนจัดประชุมชี้แจงแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก พร้อมแจกคู่มือการสอน เพื่อใช้ระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ ส่วนนักศึกษาฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 1-4 ได้แก่ ขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก ขั้นตอนการกำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล และขั้นตอนการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 2 นักศึกษาฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 5 และ 6 ได้แก่ ขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และขั้นตอนการกำหนดการประเมินผลการพยาบาล โดยมีการนิเทศและให้คำแนะนำระหว่างการฝึกปฏิบัติจริง ในสัปดาห์ที่ 3 ติดตามความก้าวหน้าพร้อมปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่นักศึกษายังมีข้อสงสัยหรือดำเนินการไม่ครบถ้วน และในสัปดาห์ที่ 4 จัด

กิจกรรมสะท้อนผลการเรียนรู้ และอภิปรายร่วมกับอาจารย์ผู้สอน เพื่อพัฒนากระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ และเตรียมความพร้อมในการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่วิทยาลัย ให้ตอบแบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ระหว่างก่อนกับหลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ข้อมูลความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล กับคะแนนมาตรฐาน หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-sample *t*-test โดย

คะแนนมาตรฐานใช้ค่าเริ่มต้นของคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก คือ 3.50 (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.12 โดยมีอายุเฉลี่ย 21.25 ปี ($SD = .55$)
2. ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน

ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก พบว่า หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกทั้งรายข้อและโดยรวมในแต่ละทักษะเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวมในแต่ละทักษะ ($n = 73$)

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก	ก่อนการใช้แนวทาง			หลังการใช้แนวทาง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การสื่อสารและแสดงออก						
1. ท่านสามารถส่งเเวรโดยการสื่อสารกับพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก โดยสื่อสารผ่านการพูด การเขียน การแสดงท่าทาง และการฟัง	3.11	.56	ปานกลาง	4.03	.47	มาก
2. ท่านสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก และทัศนะเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	3.34	.62	ปานกลาง	4.15	.59	มาก
3. ท่านสามารถสื่อสารเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก โดยผ่านการเขียนและการส่งเเวร	3.06	.62	ปานกลาง	3.96	.66	มาก
4. ท่านสามารถสื่อสารเกี่ยวกับการกำหนดข้อมูลสนับสนุนที่มาจากกรรวบรวมข้อมูล โดยผ่านการเขียนและการส่งเเวร	3.34	.60	ปานกลาง	4.01	.61	มาก
5. ท่านสามารถสื่อสารเกี่ยวกับการกำหนดวัตถุประสงค์ เณชน์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล โดยผ่านการเขียนและการส่งเเวร	3.27	.53	ปานกลาง	4.10	.60	มาก
โดยรวม	3.22	.59	ปานกลาง	4.05	.59	มาก

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน
 ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้
 แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก จำแนกเป็นรายข้อและ
 โดยรวมในแต่ละทักษะ (n = 73) (ต่อ)

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก	ก่อนการใช้แนวทาง			หลังการใช้แนวทาง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.43	.64	ปานกลาง	4.07	.65	มาก
6. ท่านสามารถใช้ตัวอักษรหรือรูปภาพในการอธิบาย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก						
7. ท่านมักเสนอความคิดเห็นหรือแนวทางใหม่ๆ ใน การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	2.90	.62	ปานกลาง	3.96	.68	มาก
8. ท่านสามารถกำหนดหรือออกแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทางคลินิกโดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคล	3.23	.65	ปานกลาง	4.08	.55	มาก
9. ท่านสามารถประยุกต์ความรู้ต่างๆ มาใช้ในการกำหนด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	3.38	.63	ปานกลาง	4.14	.59	มาก
โดยรวม	3.24	.64	ปานกลาง	4.06	.62	มาก
การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	2.99	.56	ปานกลาง	3.93	.70	มาก
10. ท่านสามารถวิเคราะห์สภาพของการเกิดโรค ได้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ของข้อวินิจฉัยการ พยาบาลทางคลินิก						
11. เมื่อท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ท่านมักใช้เวลาใน การคิดทบทวนให้รอบคอบก่อนตัดสินใจเชื่อข้อมูลนั้น ก่อนการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	3.80	.70	ปานกลาง	4.32	.57	มาก
12. ท่านสามารถวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์ และ มีเหตุผล	3.33	.60	ปานกลาง	4.07	.56	มาก
13. ท่านมีความเชื่อมั่น กล้าตัดสินใจในการแสดงความคิด เกี่ยวกับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิกกับ เพื่อนร่วมงานหรือพยาบาลได้	3.52	.66	มาก	4.15	.62	มาก
14. เมื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิกมีข้อแก้ไข ท่านสามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นได้	3.95	.62	มาก	4.26	.55	มาก
โดยรวม	3.52	.63	มาก	4.15	.60	มาก

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน
 ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้
 แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก จำแนกเป็นรายข้อและ
 โดยรวมในแต่ละทักษะ (n = 73) (ต่อ)

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก	ก่อนการใช้แนวทาง			หลังการใช้แนวทาง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การร่วมมือและการทำงานเป็นทีม						
15. เมื่ออาจารย์มอบหมายให้ศึกษากรณีศึกษา และท่าน รับผิดชอบในส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ท่านสามารถ เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิกได้อย่าง ครบคลุม	3.58	.68	มาก	4.21	.55	มาก
16. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นเมื่อ ได้รับมอบหมายให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทางคลินิก	4.11	.69	มาก	4.43	.57	มาก
17. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทางคลินิก โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม	4.03	.62	มาก	4.40	.59	มาก
18. ในการทำงานกลุ่ม ท่านมีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	3.99	.59	มาก	4.40	.59	มาก
19. ในการทำงานกลุ่ม ท่านรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน เสมอเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	4.49	.62	มาก	4.53	.60	มากที่สุด
20. ท่านมีการช่วยเหลือและมีความรับผิดชอบร่วมกัน เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก	4.26	.62	มาก	4.50	.58	มาก
โดยรวม	4.08	.64	มาก	4.41	.58	มาก

3. การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม
 ในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล
 ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลัง
 การใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผน
 การพยาบาลทางคลินิก พบว่า หลังการใช้แนวทาง
 การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทาง
 คลินิก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้
 และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผน
 การพยาบาลทางคลินิกโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้

แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.360$,
 $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า หลังการใช้
 แนวทางฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ
 การเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและ
 การวางแผนการพยาบาลทางคลินิกทั้ง 4 ทักษะ สูงกว่า
 ก่อนการใช้แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่
 การสื่อสารและแสดงออก ($t = 2.970$, $p < .01$)
 ความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม ($t = 10.160$,
 $p < .001$) การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

($t = 8.060, p < .001$) และการร่วมมือและการทำงาน เป็นทีม ($t = 4.340, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการใช้
แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก จำแนกเป็นรายทักษะ
และโดยรวม ($n = 73$)

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก	ก่อนการใช้แนวทาง		หลังการใช้แนวทาง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การสื่อสารและแสดงออก	19.12	2.32	20.27	2.36	2.970	.004
ความริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม	12.95	2.01	16.27	1.95	10.160	< .001
การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	17.58	2.48	20.75	2.28	8.060	< .001
การร่วมมือและการทำงานเป็นทีม	24.45	2.81	26.49	2.87	4.340	< .001
โดยรวม	74.10	7.84	83.79	8.08	7.360	< .001

4. การเปรียบเทียบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล กับคะแนนมาตรฐาน หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก พบว่า หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก คะแนนความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ทั้ง 6 ด้านสูงกว่าคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในส่วนความเป็นไปได้ นักศึกษาพยาบาลรับรู้ที่แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกมีความเป็นไปได้สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านวัตถุประสงค์การพยาบาล ($M = 4.62$,

$SD = .44$) ด้านกิจกรรมการพยาบาล ($M = 4.59$, $SD = .41$) และด้านเกณฑ์การประเมินผล ($M = 4.54$, $SD = .46$) ในส่วนความเหมาะสม นักศึกษาพยาบาลรับรู้ที่แนวทางฯ มีความเหมาะสมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ($M = 4.61$, $SD = .42$) ด้านวัตถุประสงค์การพยาบาล ($M = 4.60$, $SD = .48$) และด้านเกณฑ์การประเมินผล และด้านการประเมินผล การพยาบาล ($M = 4.55$, $SD = .46$ และ $M = 4.55$, $SD = .47$ ตามลำดับ) และในส่วนประโยชน์ นักศึกษาพยาบาลรับรู้ที่แนวทางฯ มีประโยชน์สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ($M = 4.64$, $SD = .41$) ด้านวัตถุประสงค์การพยาบาล ($M = 4.62$, $SD = .48$) และด้านเกณฑ์การประเมินผล ($M = 4.61$, $SD = .43$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวทางการเขียน
ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
กับคะแนนมาตรฐาน (n = 73)

รายด้าน	ความเป็นไปได้				ความเหมาะสม				ประโยชน์			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	M	SD	t	p
ด้านข้อวินิจฉัยการพยาบาล	4.40	.42	18.210	< .001	4.47	.42	19.620	< .001	4.56	.42	21.280	< .001
ด้านข้อมูลสนับสนุน	4.50	.43	19.570	< .001	4.50	.48	17.620	< .001	4.56	.48	18.650	< .001
ด้านวัตถุประสงค์การพยาบาล	4.62	.44	21.970	< .001	4.60	.48	21.440	< .001	4.62	.48	20.000	< .001
ด้านเกณฑ์การประเมินผล	4.54	.46	19.130	< .001	4.55	.46	19.580	< .001	4.61	.43	21.800	< .001
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	4.59	.41	22.480	< .001	4.61	.42	22.750	< .001	4.64	.41	23.470	< .001
ด้านการประเมินผล การพยาบาล	4.49	.41	16.630	< .001	4.55	.47	18.950	< .001	4.59	.47	19.940	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกทั้งโดยรวมและรายทักษะสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะทักษะความรู้สร้างสรรค์และนวัตกรรมที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกช่วยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกคิดอย่างอิสระ สร้างสรรค์แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายและเสนอวิธีแก้ปัญหามิติด้านที่ตรงกับสถานการณ์จริง โดยกระบวนการเรียนรู้ที่นักศึกษาได้เข้าร่วม ผ่านแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการบูรณาการการใช้ภาพหรือแผนภูมิร่วมกับการสื่อสารทางวาจา เพื่อกระตุ้นการคิดเชิงเปรียบเทียบและการเชื่อมโยงความรู้เดิมเข้ากับสถานการณ์ใหม่ อันเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ลึกซึ้งและสามารถเขียน

ข้อวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในขั้นแรก นักศึกษาได้ฝึกการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก โดยแยกองค์ประกอบของปัญหา สาเหตุ และส่วนที่ขยายสาเหตุ ร่วมกับการวาดภาพแทนสถานการณ์ผู้ป่วย ซึ่งช่วยส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และการเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก จากนั้นในขั้นการกำหนดข้อมูลสนับสนุน นักศึกษาได้ฝึกวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกและเชื่อมโยงกับข้อวินิจฉัยอย่างมีเหตุผล เป็นการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงระบบ ส่วนในขั้นการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล และในขั้นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้การวางแผนอย่างมีเป้าหมาย และสามารถติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ชัดเจน ขณะที่ในขั้นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล นักศึกษาได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล โดยพิจารณาจากบริบททางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และในขั้นสุดท้าย นักศึกษาได้ฝึกการประเมินผลและสะท้อนคิดจากการดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และช่วยให้สามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นนวัตกรรมกระบวนการทาง

การพยาบาลที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีการผสมผสาน การคิดวิเคราะห์ การใช้ภาพเชิงอุปมา และการปฏิบัติจริง จึงช่วยพัฒนาทักษะที่สำคัญ เช่น ความคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างเป็นระบบ การแก้ปัญหา เหมาะสำหรับการใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความคิดสร้างสรรค์ในวิชาชีพพยาบาลถือเป็น องค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้ก้าวไปสู่ การเป็น “องค์กรแห่งนวัตกรรม” ได้อย่างแท้จริง ซึ่ง ความคิดสร้างสรรค์มิได้เกิดขึ้นจากตัวบุคคลเท่านั้น หากแต่สามารถพัฒนาและต่อยอดได้จากการเรียนรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ที่สะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยสภาพแวดล้อมในองค์กรพยาบาลรวมถึงบริบททาง สังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดแนวคิดใหม่ ๆ ในการทำงานของพยาบาล (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2559) นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ทักษะการคิดอย่างมี วิจารณญาณและการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็นอันดับต่อมา สะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการเขียน ที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เชิงลึกและการตัดสินใจในบริบททางคลินิกได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยนักศึกษาต้องเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จากสถานการณ์ผู้ป่วยจริง พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูล ทางกาย จิต สังคม และพฤติกรรม เข้ากับปัญหาทาง การพยาบาลอย่างมีเหตุผล ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัย การพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่ใช่เพียงการท่องจำตาม กรอบเดิม นอกจากนี้ การใช้คำถามกระตุ้นจากอาจารย์ ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลยังช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน ตั้งข้อสงสัย ตรวจสอบข้อมูล และตัดสินใจอย่างมี หลักเกณฑ์ ซึ่งเป็นหัวใจของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทั้งนี้ การเรียนรู้แบบมีการสะท้อนคิดและการเรียนรู้ ด้วยตนเองถือว่ามีความสำคัญในการพัฒนาทักษะ การคิดเชิงวิเคราะห์และการให้เหตุผลทางคลินิกของ นักศึกษาพยาบาลด้วย (Kuiper, Pesut, & Kautz, 2009) โดยเฉพาะเมื่อผู้เรียนได้รับการฝึกฝนผ่าน กิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริงและมีการกระตุ้นให้เกิด การคิดทบทวนอย่างเป็นระบบ การเรียนรู้ในลักษณะนี้

ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมกับประสบการณ์ ใหม่ เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง และพัฒนาความสามารถ ในการตัดสินใจที่มีความรับผิดชอบมากขึ้นในสถานการณ์ ทางคลินิก ดังนั้น แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและ การวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ จึงช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และ การสร้างสรรค์แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบท ของผู้ป่วย อันเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการเป็นพยาบาล วิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของจิรัช สุวรรณเจริญ (2562) ที่พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วยเพิ่มทักษะความคิด สร้างสรรค์ของนักศึกษาได้ โดยผู้วิจัยระบุว่า การมี รูปแบบการเรียนรู้ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของ ผู้เรียน ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจ ในการเรียนรู้มากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวทางการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก คะแนนความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ ของแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการ พยาบาลทางคลินิก ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ทั้ง 6 ด้าน สูงกว่าคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยมีคะแนนการประเมินในระดับมากถึงมากที่สุด ในทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัย และการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกได้รับการออกแบบ อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้อย่าง มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในแง่การช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจ โครงสร้างของข้อวินิจฉัยการพยาบาลอย่างเป็นลำดับขั้น ฝึกการคิดเชิงวิเคราะห์ และสามารถเขียนแผนการพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทูติยรัตน์ รื่นเรือง, และสมพร รักความสุข (2561) ที่พบว่า รูปแบบการจัดการเรียน

การสอนโดยใช้กระบวนการ EREC IF (engagement, reflection, experience, culture and language, information technology, fun and flexibility) เพื่อส่งเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาได้ โดยผู้วิจัยระบุว่า การมีรูปแบบการเรียนการสอนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของผู้เรียน ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู่มากขึ้น ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกับการวิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ใช้ช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น สามารถเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์จริง และพัฒนาผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ ดังนั้น แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมทั้งเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ต่อยอดในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า รายการประเมิน “ในการทำงานกลุ่ม ท่านรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนเสมอเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก” เป็นพฤติกรรมที่นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนถึงทักษะการทำงานร่วมกัน (collaboration) ที่เป็นหนึ่งในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่มช่วยให้นักศึกษาสามารถแลกเปลี่ยนความคิด วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และร่วมกันตัดสินใจในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (collaborative learning) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์

การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะในบริบทของการพยาบาล ที่การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน, อัญชนา วิชชพัฒนางกูร, อูษา จันทรแย้ม, และสุชาลินี เจียประเสริฐ (2565) ที่พบว่า การส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการทำงานร่วมกันและการสื่อสาร มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น และสามารถพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น การที่นักศึกษามีพฤติกรรมการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติงานในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

สำหรับรายการประเมิน “ท่านสามารถวิเคราะห์พยาธิสภาพของการเกิดโรคได้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก” เป็นพฤติกรรมที่นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด สะท้อนว่านักศึกษายังมีปัญหานในการวิเคราะห์พยาธิสภาพของโรคให้ครอบคลุมโดยการคิดวิเคราะห์พยาธิสภาพเชิงลึกต้องอาศัยการบูรณาการความรู้พื้นฐานด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และพยาธิวิทยา เข้ากับข้อมูลจากผู้ป่วยจริง ซึ่งนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่อยู่ในช่วงการฝึกภาคปฏิบัติอาจยังขาดประสบการณ์หรือความมั่นใจในการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านี้ จึงมีความจำเป็นในการเสริมสร้างกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลินรุชย์, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์ (2560) และ Alrashidi et al. (2023) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์

ปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้ดีขึ้นเมื่อได้รับการฝึกในสถานการณ์ที่จำลองความซับซ้อนของผู้ป่วยจริง และได้รับการสะท้อนผลการคิดของตนจากผู้สอน ดังนั้นการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบ เช่น การใช้ simulation ที่เน้นการวิเคราะห์พยาธิสภาพอาจเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อาจารย์พยาบาลควรนำแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของรายวิชาการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุม และเชื่อมโยงกับการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมถึงใช้แนวทางนี้เป็นเครื่องมือช่วยประเมินผลการเรียนรู้ และต่อยอดไปสู่การจัดทำคู่มือการสอนหรือหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในการปฏิบัติงานจริง และรองรับการเรียนรู้ตลอดชีวิตในวิชาชีพพยาบาล

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมปฐมนิเทศสำหรับพยาบาลจบใหม่ เพื่อเสริมสร้างพื้นฐานด้านการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล รวมถึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูหรือพัฒนาทักษะแก่พยาบาลที่ยังมีปัญหาด้านดังกล่าว เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการใช้แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทาง

คลินิกในนักศึกษาพยาบาลของสถานศึกษาต่างๆ และในชั้นปีอื่น เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการใช้แนวทางในบริบทที่หลากหลายและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย รวมถึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือเสริม เช่น คู่มือการสอนแบบดิจิทัลหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและตอบสนองต่อวิธีการเรียนรู้ของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ได้ดียิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาดูตามผลของการใช้

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกในระยะยาว เช่น หลังสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติหรือหลังสำเร็จการศึกษา เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการนำแนวทางไปใช้ในวิชาชีพพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทุดยรัตน์ รื่นเรือง, และสมพร รักความสุข. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 127-138.

จิรภัค สุวรรณเจริญ. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 37-47.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ฐานบัณฑิต.

บุญประจักษ์ จันทรวิน, อัญญา วิชชพัฒนางกูร, อุษา จันทร์แถม, และสุธาสนิ์ เจียประเสริฐ. (2565). ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 119-133.

- พรสุข ตันตระกูลโรจน์. (2567). การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนิสิตครูด้วยการสร้างสรรค์เกมคอมพิวเตอร์ตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 9(4), 107–122.
- รุ่งนภา เพ็ชรชะอำ. (2567). แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 35(1), 271–284.
- เรวดี ศรีสุข. (2564). การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(1), 5–21.
- วรางคณา สายสิทธิ์, อ้ออุทัย ธนะคำมา, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, นงนุช เขาวนศิลป์, อนุญญา โสภณนาค, และอังคณา จงเจริญ. (2566). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ต่อทักษะการปฏิบัติพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 40(2), 222–231.
- สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ, เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, ทิพมาส ชินวงศ์, กันตพร ยอดไชย, ปราณี คำจันทร์, และจิตราพันธ์ กุลทพันธ์. (2565). ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกรายวิชาโภชนาบำบัด ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(1), 235–249.
- โสทรธีย์ แพน้อย, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(1), 1–14.
- สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 23(1), 113–127.
- สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2559). พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 112–119.
- Alrashidi, N., Pasay An, E., Alrashedi, M. S., Alqarni, A. S., Gonzales, F., Bassuni, E. M., ... Ahmed, K. E. (2023). Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: A systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 815. doi:10.1186/s12909-023-04793-1
- Kuiper, R., Pesut, D., & Kautz, D. (2009). Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *The Open Nursing Journal*, 3, 76–85. doi:10.2174/1874434600903010076

ผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำ และภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*

Effects of a Nursing Bundle of Oral Care on Thirst and Dry Mouth among Mechanically Ventilated Patients*

ศุภชัย โมงปราณีต, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ¹

Supachai Mongpraneet, M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing) ¹

ชนกพร จิตปัญญา, Ph.D. (Nursing) ²

Chanokporn Jitpanya, Ph.D. (Nursing) ²

Received: April 11, 2025 Revised: May 6, 2025 Accepted: May 23, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบไขว้กัน เพื่อศึกษาผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 14 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก แบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบประเมินภาวะปากแห้ง มีค่าความเชื่อมั่น .96 แบบประเมินระดับความรู้สึกรับรู้ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Supachai.pnk@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำ และคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้ง ต่ำกว่าก่อนได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.882, p < .001$ และ $t = 16.695, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนอาการกระหายน้ำ และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะปากแห้ง สูงกว่าเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.806, p < .001$ และ $t = 13.524, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยควรนำชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากไปใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง

คำสำคัญ: การดูแลช่องปาก อาการกระหายน้ำ ภาวะปากแห้ง ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

Abstract

This crossover design aimed to examine the effects of a nursing bundle of oral care on thirst and dry mouth among mechanically ventilated patients. The samples were 14 mechanically ventilated patients in Phranangkla Hospital, Nonthaburi Province. The research instruments consisted of a nursing bundle of oral care, the Thirst Intensity (TI) with a reliability of .86, the Clinical Oral Dryness Scale (CODS) with a reliability of .96, the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), and a personal data record form. The implementation and data collection were conducted from November 2022 to March 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) after receiving a nursing bundle of oral care, the mechanically ventilated patients had statistically significantly lower mean scores of thirst and dry mouth than before receiving a nursing bundle of oral care ($t = 13.882, p < .001$ and $t = 16.695, p < .001$, respectively); and 2) the mechanically ventilated patients receiving a nursing bundle of oral care had statistically significantly higher mean different scores of thirst and dry mouth than those receiving routine nursing care ($t = 11.806, p < .001$ and $t = 13.524, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses in wards should utilize a nursing bundle of oral care to care for the mechanically ventilated patients. This will help reduce thirst and dry mouth among the patients.

Keywords: Oral care, Thirst, Dry mouth, Mechanically ventilated patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจที่รู้สึกตัวดีมักมีปัญหาดังกล่าวมากมาย ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย คือ อาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง (Kjeldsen et al., 2018) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อเวลาผ่านไป 24 ชั่วโมง จะเริ่มมีอาการกระหายน้ำ (Stotts, Arai, Cooper, Nelson, & Puntillo, 2015) ซึ่งอาการจะคงอยู่ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ (Kjeldsen et al., 2018) และหากมีการดื่มน้ำคาวทางปากร่วมด้วย ยิ่งนานเท่าไรก็จะส่งผลให้เกิดความไม่สบายและความเครียด (Puntillo, Arai, Cooper, Stotts, & Nelson, 2014) ทั้งนี้ อาการกระหายน้ำเกิดจากภาวะที่ร่างกายส่งสัญญาณว่าต้องการน้ำเพิ่มเติม เลือดมีปริมาณน้ำลดลง มีปริมาณเกลือแร่ในร่างกายหรือในเลือดเข้มข้นกว่าปกติ ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระตุ้นศูนย์กระหายน้ำที่อยู่ในสมองส่วนไฮโปทาลามัส ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกระหายน้ำหรืออยากน้ำเพื่อการเพิ่มปริมาณน้ำให้กับร่างกาย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 70-90 รายงานว่ามีอาการกระหายน้ำ (Nelson et al., 2004; Puntillo et al., 2014) และพบว่า อาการกระหายน้ำอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Puntillo et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการกระหายน้ำเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังตัวอย่างคำพูด “อยากน้ำก็อยากจริง ๆ ถ้าได้น้ำสักครึ่งแก้ว หัวใจคงจะบาน” (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) ส่วนภาวะปากแห้งเป็นประสบการณ์การรับรู้ส่วนบุคคลถึงอาการปากแห้งลำคอแห้ง รู้สึกว่ามีน้ำลายลดลง รู้สึกว่าน้ำลายแห้ง รู้สึกแห้งและเหนียวในช่องปาก ไม่สบายในช่องปาก มีความยากลำบากในการพูด การกลืน (ปิยวดี ขัดทะเสมา, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, และดรุณี ชุนหวะวัต, 2553) โดยภาวะปากแห้งที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำจะส่งผลให้มีความต้องการอะไรบางอย่างเพื่อบรรเทาอาการนั้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การดื่มน้ำ การอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ

เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการกระทำได้กล่าวเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือตอบสนองจะส่งผลให้รู้สึกผิดหวังและไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำและไม่ได้การตอบสนองเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะต้องผ่านความอดทนอดกลั้นอาการไว้นั้นรู้สึกกระหายน้ำถึงขีดสุด จนเกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อภาวะจิตใจ ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกกระวนกระวายใจ จนเกิดความวิตกกังวล (Kjeldsen et al., 2018) ส่วนภาวะปากแห้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญห่อื่นๆ ตามมา เช่น ฟันผุ รวมทั้งอาจมีการติดเชื้อรา เมื่อผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งอาจทำให้มีอาการปวดและอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น (Gulia, Kumari, & Khatri, 2019)

การพยาบาลตามปกติเพื่อลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในประเทศไทย มีเพียงคำแนะนำให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย การดูแลความสะอาดในช่องปาก การให้อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ การจิบน้ำบ่อยๆ และการบ้วนปากบ่อยๆ แต่จากการศึกษาพบว่า วิธีการดังกล่าวไม่สามารถทำให้อาการกระหายน้ำที่เกิดขึ้นทุเลาได้ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) อย่างไรก็ตาม วิธีการปฏิบัติบางอย่างอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น การให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากอาการเจ็บคอ เนื่องจากการกลืนน้ำลายต้องผ่านลำคอและบางส่วนของทางเดินหายใจ เช่น คอหอย ก่อนที่จะลงสู่ทางเดินอาหาร ซึ่งเนื้อเยื่อบริเวณนั้นมักได้รับบาดเจ็บจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจทางปากอยู่แล้ว วิธีการปฏิบัตินี้จึงไม่เหมาะสมในการช่วยลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องคาท่อช่วยหายใจ

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า วิธีการบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งในผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก คือ การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นเช็ดในช่องปาก และการใช้สปรอยน้ำกลั่น

ปราศจากเชื้อแช่เย็นฉีดพ่นในช่องปาก (Ahmad, 2019; Gulia et al., 2019; Seada, El-Hakeem Younis, & Eid, 2020; VonStein et al., 2019) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบเพียงการศึกษาของปิยวดี จัฑตะเสมา และคณะ (2553) ที่ศึกษาการจัดการภาวณ้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอภายหลังได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก เพื่อลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อันเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของอาการกระหายน้ำและผลต่างของภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากกับเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ

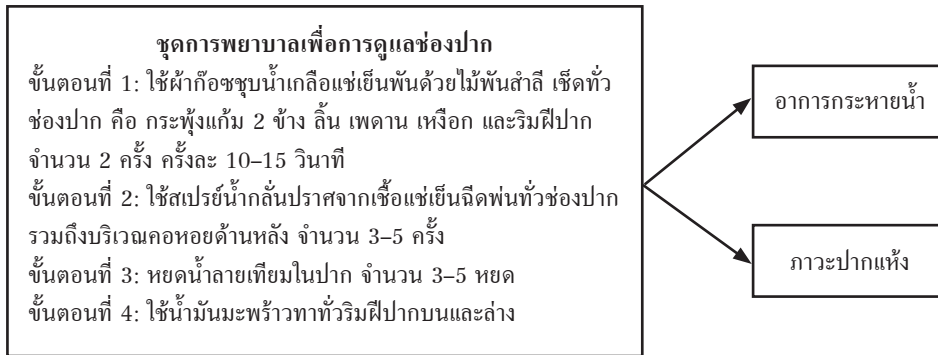
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำ และคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้ง ต่ำกว่าก่อนได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก

2. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนอาการกระหายน้ำ และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะปากแห้ง สูงกว่าเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง จากงานวิจัยของ American Dental Association (2001), Eccles, Du-Plessis, Dommels, and Wilkinson (2013), Gulia et al. (2019), Puntillo et al. (2014) และ Seada et al. (2020) รวมทั้งบทความของเฉลิมยศ อุทัยรัตน์ (2554) ในการสร้างชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็น (cold normal saline) พั่นด้วยไม้พันสำลี เช็ดทั่วช่องปาก คือ กระพุ้งแก้ม 2 ข้าง ลิ้น เพดาน เหงือก และริมฝีปาก จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 10-15 วินาที ขั้นตอนที่ 2 การใช้สเปรย์น้ำกลั่นปราศจากเชื้อแช่เย็น (sterile water cold spray) ฉีดพ่นทั่วช่องปาก รวมถึงบริเวณคอหอยด้านหลัง จำนวน 3-5 ครั้ง ขั้นตอนที่ 3 การหยดน้ำลายเทียมในปาก จำนวน 3-5 หยด และขั้นตอนที่ 4 การใช้น้ำมันมะพร้าวทาทั่วริมฝีปากบนและล่าง ซึ่งคาดว่าเมื่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากนี้แล้ว จะมีอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบไขว้กัน (crossover design) ชนิดกลุ่มเดียว ที่ได้รับกิจกรรมสองวิธีสลับกันในเวลาที่แตกต่างกัน วัดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมแต่ละวิธี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีอาการกระหายน้ำ และภาวะปากแห้ง 3 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ (Thirst Intensity [TI]) และแบบประเมินภาวะปากแห้ง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีอาการสับสน สามารถระบุวัน เวลา และสถานที่ได้ถูกต้อง 5) รู้สึกตัวดีและอยู่ในภาวะสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Richmond Agitation Sedation Scale [RASS]) 6) ไม่อยู่ในช่วงได้รับยาที่ทำให้สงบ ยาขับปัสสาวะที่มากกว่า 60 มิลลิกรัม ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่มากกว่า 50 มิลลิกรัม ยากลุ่มแอนติโคลิเนอร์จิก และยากลุ่มต้านเศร้า 7) ไม่ได้รับหัตถการเกี่ยวกับช่องปาก เช่น การผ่าตัด 8) ไม่เป็นโรค Sjogren's syndrome มะเร็งศีรษะ คอ จมูก

ที่ได้รับรังสีรักษา โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต และ 8)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ แพทย์พิจารณาให้หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .60 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากนั้นทำการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Burns & Grove, 2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง จากงานวิจัยของ American Dental Association (2001), Eccles et al. (2013), Gulia et al. (2019), Puntillo et al. (2014) และ Seada et al. (2020) รวมทั้งบทความของเฉลิมยศ อุทยานรัตน์ (2554) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นพันด้วยไม้พันสำลี เช็ดทั่วช่องปาก คือ กระพุ้งแก้ม 2 ข้าง ลิ้น เพดาน เหงือก และริมฝีปาก จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งละ 10-15 วินาที

ขั้นตอนที่ 2 การใช้สเปรย์น้ำกลั่นปราศจากเชื้อแช่เย็นติดฟันทั่วช่องปาก รวมถึงบริเวณคอหอยด้านหลัง จำนวน 3-5 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การหยดน้ำลายเทียมในปาก จำนวน 3-5 หยด

ขั้นตอนที่ 4 การใช้น้ำมันมะพร้าวทาทั่วริมฝีปากบนและล่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ (TI) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Allida et al. (2018) มีลักษณะเป็นแผ่นป้ายระบุระดับอาการกระหายน้ำแบบตัวเลข (numeric rating scales [NRS]) ตั้งแต่ 1 ถึง 10 พร้อมวิธีการใช้งานอย่างละเอียด โดยมีข้อความกำกับตรงเลข 0 คือ ไม่กระหายน้ำเลย และตรงเลข 10 คือ กระหายน้ำมากที่สุดในชีวิต โดยให้ระบุตัวเลขด้วยวิธีการวงกลม บอกรหัส หรือชี้ที่ตรงกับระดับอาการกระหายน้ำในขณะนั้น

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะปากแห้ง ผู้วิจัยแปลจาก Clinical Oral Dryness Scale (CODS) ของ Challacombe et al. ปี ค.ศ. 2016 ประกอบด้วย 10 หัวข้อ หากตรวจพบอาการในหัวข้อนั้นๆ ให้ 1 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะปากแห้งน้อย (1-3 คะแนน) มีภาวะปากแห้งปานกลาง (4-6 คะแนน) และมีภาวะปากแห้งมาก (7-10 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (RASS) (Sessler et al., 2002) ใช้สำหรับประเมินเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยไม่ได้ซึม อยู่ในภาวะหลงลืม หรือกระสับกระส่าย และมีความรู้สึกตัวดีเพียงพอที่จะสามารถบอกถึงอาการกระหายน้ำและประเมินระดับอาการนั้นได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ส่วนการแปลผลนั้น หากได้ 0 คะแนน แปลผลว่า รู้สึกตัวดีและอยู่ในภาวะสงบ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และรูปแบบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะปากแห้ง ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก แบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ และแบบประเมินภาวะปากแห้ง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทันตแพทย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, 1 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำ และแบบประเมินภาวะปากแห้ง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระดับอาการกระหายน้ำด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ได้ค่าเท่ากับ .86 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะปากแห้งด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (เอกสารรับรอง เลขที่ EC39/2565 วันที่ 5 ตุลาคม 2565)

ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประธานหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง พบแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน เพื่อทำหน้าที่ประเมินสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว อาการกระหายน้ำ และภาวะปากแห้ง โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกวิธีการใช้แบบประเมิน

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและญาติที่หอผู้ป่วยแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นแจ้งช่วงเวลาการทดลอง คือ ครั้งที่ 1 เวลา 06.00 น. ครั้งที่ 2 เวลา 10.00 น. ครั้งที่ 3 เวลา 14.00 น. และครั้งที่ 4 เวลา 18.00 น. และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยดูข้อมูลจากเวชระเบียน และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ทำการสูมวิธีการทดลองเริ่มต้นโดยการจับฉลากที่ระบุวิธีการทดลอง (ใบหนึ่งคือ ชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ส่วนอีกใบหนึ่งคือ การพยาบาลตามปกติ) หากจับได้ชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

การทดลอง 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เวลา 06.00 น. ได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ครั้งที่ 2 เวลา 10.00 น. ได้รับการพยาบาลตามปกติ ครั้งที่ 3 เวลา 14.00 น. ได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก และครั้งที่ 4 เวลา 18.00 น. ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่หากจับได้การพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทดลอง 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เวลา 06.00 น. ได้รับการพยาบาลตามปกติ ครั้งที่ 2 เวลา 10.00 น. ได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ครั้งที่ 3 เวลา 14.00 น. ได้รับการพยาบาลตามปกติ และครั้งที่ 4 เวลา 18.00 น. ได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก จากนั้นแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบลำดับการทดลอง

5. ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว อาการกระหายน้ำ และภาวะปากแห้ง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 (ประเมิน ณ เวลา 05.45 น.) และผู้วิจัยทำความสะอาดช่องปากตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้วย 0.12% chlorhexidine หากมีประวัติแพ้ chlorhexidine ใช้น้ำเกลือหรือน้ำกลั่นปราศจากเชื้อแทน โดยใช้วิธีการฉีดน้ำยาเข้าไปล้างช่องปากด้วยกระบอกฉีดยาแล้วทำการดูดออก (suction) จากนั้นผู้วิจัยทำการทดลองครั้งที่ 1 ณ เวลา 06.00 น. (การทดลองใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อครั้ง) และผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินอาการกระหายน้ำ และภาวะปากแห้ง หลังการทดลองครั้งที่ 1 ส่วนการทดลองครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีลักษณะกิจกรรมคล้ายคลึงกับครั้งที่ 1 โดยชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ส่วนการพยาบาลตามปกติ คือ การใช้วาสลีนเจลาทาทั่วริมฝีปากบนและล่าง

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบอาการกระหายน้ำและภาวะ

ปากแห้ง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับชุดการพยาบาล เพื่อการดูแลช่องปาก วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบผลต่างของอาการกระหายน้ำและผลต่างของภาวะปากแห้ง ระหว่างเมื่อได้รับชุดการพยาบาล เพื่อการดูแลช่องปากกับเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี และ 70–79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 61.07 ปี ($SD = 12.72$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.29 การวินิจฉัยโรค คือ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 สาเหตุที่ใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่คือ หายใจลำบาก คิดเป็นร้อยละ 85.71 ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ในช่วง 50–59 ชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 โดยมีระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 55.21 ชั่วโมง ($SD = 10.09$) และรูปแบบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่คือ continuous mandatory ventilation คิดเป็นร้อยละ 64.29

2. การเปรียบเทียบอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก พบว่า หลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำ และคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้ง ต่ำกว่าก่อนได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.882, p < .001$ และ $t = 16.695, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำ และคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้ง ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก

ตัวแปร	ก่อนได้รับชุดการพยาบาล (n = 14)		หลังได้รับชุดการพยาบาล (n = 14)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
อาการกระหายน้ำ	7.28	1.46	4.28	1.17	13.882	< .001
ภาวะปากแห้ง	6.21	1.59	4.28	1.34	16.695	< .001

3. การเปรียบเทียบผลต่างของอาการกระหายน้ำ และผลต่างของภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากกับเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อ

การดูแลช่องปากมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนอาการกระหายน้ำ และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะปากแห้ง สูงกว่าเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.806, p < .001$ และ $t = 13.524, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนอาการกระหายน้ำ และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะปากแห้ง ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากกับเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	เมื่อได้รับชุดการพยาบาล (n = 14)		เมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 14)		t	p
	MD	SD	MD	SD		
อาการกระหายน้ำ	2.92	.80	.17	.31	11.806	< .001
ภาวะปากแห้ง	1.85	.41	.17	.24	13.524	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำต่ำกว่าก่อนได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนอาการกระหายน้ำสูงกว่าเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นและการใช้สเปรย์น้ำเย็นนั้น ความเย็นหรือความรู้สึกเย็นจะมีผลกระทบต่อนเส้นประสาทรับความรู้สึก โดยจะผ่านไปจับกับตัวรับอุณหภูมิในเยื่อช่องปากซึ่งส่วนใหญ่เป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 โดยมีตัวรับพิเศษที่ชื่อว่า transient receptor potential melastatin 8 ที่ไวต่อความรู้สึกเย็น ส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ เพื่อบอกว่าร่างกายได้รับการทำให้เย็นแล้ว จึงส่งผลให้ยับยั้งอาการกระหายน้ำได้ (Eccles et al., 2013) โดยกระบวนการหรือกลไกดังกล่าวจะยับยั้งอาการกระหายน้ำที่เกิดขึ้นในช่องปากบริเวณคอหอยโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Puntillo et al.

(2014) ที่พบว่า ชุดการดูแลเพื่อบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง (ประกอบด้วย การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นเช็ดในช่องปาก การใช้สเปรย์น้ำเย็นฉีดพ่นในช่องปาก และการใช้ลิปมันทาทั่วริมฝีปาก) สามารถช่วยลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งได้ดี โดยผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำลดลงทั้งในวันแรกและวันที่สองหลังได้รับชุดการดูแลฯ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำลดลงเช่นกัน แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gulia et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองหลังได้รับชุดการดูแลสำหรับบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง (ประกอบด้วย การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเย็น และการใช้สเปรย์น้ำเย็น) มีคะแนนเฉลี่ยอาการกระหายน้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Seada et al. (2020) ที่พบว่า การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นในการดูแลช่องปาก มีประสิทธิภาพในการลดอาการกระหายน้ำในผู้ป่วยวิกฤตได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้งต่ำกว่าก่อนได้รับชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อได้รับชุดการพยาบาล เพื่อการดูแลช่องปากมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะปากแห้งสูงกว่าเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อธิบายได้ว่า การใช้น้ำลายเทียมในการจัดการภาวะปากแห้งเป็นแนวคิดของ American Dental Association (2001) เนื่องจากน้ำลายเทียมเป็นสารที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงและทำหน้าที่คล้ายน้ำลายมาก โดยประกอบด้วยน้ำ ส่วนผสมของโอออน ตัวปรับสภาพที่ช่วยในการปรับสมดุลกรด-ด่างในช่องปากให้เป็นกลาง สารกำจัดเซลล์โลสเพื่อความเหนียวคล้ายสารหล่อลื่น และช่วยในการกลืน สารแต่งกลิ่น เช่น ซอร์บิทอล ช่วยในการกระตุ้นรสชาติ ซึ่งน้ำลายเทียมจะใช้แทนน้ำลายเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นหรือใช้รักษาและบรรเทาอาการน้ำลายแห้งและภาวะปากแห้งได้ ส่วนการใช้น้ำมันมะพร้าวเป็นแนวคิดของเฉลิมยศ อุทัยรัตน์ (2554) ที่อธิบายว่า น้ำมันมะพร้าวโดยเฉพาะน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและความงาม เนื่องจากเป็นกรดไขมันที่มีความยาวของโมเลกุลปานกลาง ทำให้ร่างกายสามารถดูดซึมไปใช้ประโยชน์ได้รวดเร็ว โดยน้ำมันมะพร้าวมีวิตามินอี จึงช่วยป้องกันการทำลายเซลล์ผิวจากแสงยูวีที่ทำให้ผิวแห้งเหี่ยวช่น แห้งกร้าน แก่ก่อนวัย ด้วยประโยชน์ดังกล่าว น้ำมันมะพร้าวจึงถูกนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากมาย เช่น สบู่แข็ง สบู่เหลว โลชั่นบำรุงผิว จี๊ฟี่ทาปาก ครีมขัดผิว ซึ่งผลที่ได้จากการใช้ภายนอก คือ น้ำมันมะพร้าวจะถูกดูดซึมเข้าทางผิวหนังได้ดี รักษาความชุ่มชื้นให้แก่เซลล์ผิวหนัง ทำให้ผิวอ่อนนุ่มและเนียนนุ่ม มีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อโรคได้ดีไม่ว่าจะเป็นเชื้อรา ไวรัส หรือโปรโตซัว นอกจากนี้ น้ำมันมะพร้าวยังถูกสกัดด้วยกรรมวิธีทางธรรมชาติซึ่งจะไม่ทิ้งสารตกค้างที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gulia et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองหลังได้รับชุดการดูแล

สำหรับบรรเทาอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะปากแห้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seada et al. (2020) ที่พบว่า การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือแช่เย็นในการดูแลช่องปาก มีประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยวิกฤตได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลในหอผู้ป่วยควรนำชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากไปใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง

1.2 อาจารย์พยาบาลควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเน้นการป้องกันอาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้ง เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลช่องปากของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อลดอิทธิพลที่เกิดจากการทดลองแต่ละวิธี และเพิ่มความน่าเชื่อถือในการอ้างอิง

2.2 ควรมีการศึกษาผลของชุดการพยาบาลเพื่อการดูแลช่องปากต่ออาการกระหายน้ำและภาวะปากแห้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องได้รับการพ่นยา

เอกสารอ้างอิง

เฉลิมยศ อุทัยรัตน์. (2554). น้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6(1), 50-61.

- ปิยวดี ชัดทะเสมา, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, และดุริณี ชุณหะวัณ. (2553). ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 16(1), 40–53.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Ahmad, I. M. (2019). Comparison between effect of using cold water oral swap and cold saline oral swab to relieve thirst intensity and oral condition of mechanically ventilated patient. *American Journal of Nursing Research*, 7(1), 8–13. doi:10.12691/ajnr-7-1-2
- Allida, S., Hayward, C., Shehab, S., Inglis, S., Davidson, P., & Newton, P. (2018). A randomised pilot study of chewing gum to relieve thirst in chronic heart failure (RELIEVE-CHF Trial). *Heart, Lung and Circulation*, 27(Suppl. 2), S70–S71. Retrieved from [https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506\(18\)30793-5/abstract](https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(18)30793-5/abstract)
- American Dental Association. (2001). Artificial salivas. *The Journal of the American Dental Association*, 132(12), 1720–1721. doi:10.14219/jada.archive.2001.0128
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Eccles, R., Du-Plessis, L., Dommels, Y., & Wilkinson, J. E. (2013). Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite*, 71, 357–360. doi:10.1016/j.appet.2013.09.011
- Gulia, S., Kumari, V., & Khatri, N. (2019). Effectiveness of an intervention bundle on thirst intensity and dry mouth among patients admitted in ICU. *International Journal of Health Sciences & Research*, 9(5), 397–408. Retrieved from https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.5_May_2019/59.pdf
- Kjeldsen, C. L., Hansen, M. S., Jensen, K., Holm, A., Haahr, A., & Dreyer, P. (2018). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 75–81. doi:10.1111/nicc.12277
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Litke, A., Natale, D. A., Siegel, R. E., & Morrison, R. S. (2004). The symptom burden of chronic critical illness. *Critical Care Medicine*, 32(7), 1527–1534. doi:10.1097/01.ccm.0000129485.08835.5a
- Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 40(9), 1295–1302. doi:10.1007/s00134-014-3339-z

- Seada, A. I. A., El-Hakeem Younis, G. A., & Eid, S. (2020). The effect of a frozen saline swab on thirst intensity and dry mouth among critically ill post-operative patients at Tanta University. *International Academic Journal of Health, Medicine and Nursing*, 1(2), 189–201. Retrieved from https://www.iajournals.org/articles/iajhmn_v1_i2_189_201.pdf
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. doi:10.1164/rccm.2107138
- Stotts, N. A., Arai, S. R., Cooper, B. A., Nelson, J. E., & Puntillo, K. A. (2015). Predictors of thirst in intensive care unit patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 530–538. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.07.001
- VonStein, M., Buchko, B. L., Millen, C., Lampo, D., Bell, T., & Woods, A. B. (2019). Effect of a scheduled nurse intervention on thirst and dry mouth in intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 41–46. doi:10.4037/ajcc2019400

**ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
และสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง**
**The Effectiveness of a Health Empowerment and Environmental
Health Literacy Program on the Caring Participatory Behavior
and Well-being of Caregivers of Bedridden Patients**

ชวนชม พิษพันธุ์ไพศาล, ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)¹

Chuanchom Peachpunpisal, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)¹

พกามาศ พิมพ็ธรา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)²

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing)²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)³

Yosapon Leangsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)³

สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล)⁴

Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing)⁴

Received: May 6, 2025 Revised: June 9, 2025 Accepted: June 13, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

^{1,3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

^{2,4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2,4} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pakamas@pnc.ac.th

โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .89 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ two-way repeated measures MANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ไปใช้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล สุขภาวะ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health empowerment and environmental health literacy program on the caring participatory behavior and well-being of caregivers of bedridden patients. The samples consisted of 60 caregivers of bedridden patients in Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included a health empowerment and environmental health literacy program, a general data questionnaire, a caring participatory behavior assessment form with a reliability of .86, and a well-being assessment form with a reliability of .89. The implementation and data collection were conducted from June to September 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and two-way repeated measures MANOVA.

The research results revealed that 1) at the after-experiment and 2-month follow-up periods, the experimental group had a higher mean score of caring participatory behavior than the before-experiment period and the control group; and 2) at the after-experiment and 2-month follow-up periods, the experimental group had a higher mean score of well-being than the before-experiment period and the control group.

This research suggests that the agencies related to care for bedridden patients should utilize this health empowerment and environmental health literacy program with caregivers in order to enhance their caring participatory behavior and well-being.

Keywords: Caregivers of bedridden patients, Health empowerment, Environmental health literacy, Caring participatory behavior, Well-being

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ต้องอาศัยญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทุกอย่าง โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงมีหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน สมองเสื่อม การประสบอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม จากรายงานพบว่า ร้อยละ 20-60 ของการพลัดตกหกล้มส่งผลให้เกิดความพิการ และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) การนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การเกิดแผลกดทับ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ คือ การที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ (สุวรรณ วุฒิธนฤทธิ์ และวลัยนารี พรหมลา, 2564)

ในการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งการดูแลสุขภาพหรือการเจ็บป่วยและการดูแลจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของผู้ป่วยติดเตียงได้ ดังนั้น การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจึงเป็นภาระที่หนัก ประกอบกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือบางรายช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันจึงต้องอาศัยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงหรือไม่เวลาดูแลสุขภาพของตนเอง (ฉันทพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) จากการศึกษาของสุริยา พองเกิด, สุนันท์ สิ้นเชื้อสัตย์กุล, และสืบตระกูล ดันตลานุกร (2563) พบว่า ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของญาติผู้ดูแล คือ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความเหนื่อยล้าในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเผชิญปัญหาทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ

และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (พิสมัย สุระกาญจน์ และ
คารุณี จงอุดมการณ์, 2562) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับ
ญาติผู้ดูแลและรุนแรงมากขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลขาดความ
พร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดความรู้และ
ทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่
จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้
ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียด
ในระดับสูง (ชลกร ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว, 2562)
และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตสังคมของ
ผู้ดูแลได้ (ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และธกัณันท์ อินทรารุช,
2566) โดยเฉพาะในปัจจุบันที่สถานการณ์ผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังสถิติที่พบว่า ผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
มีจำนวนมากที่สุดของจังหวัดและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 195 คน
230 คน และ 245 คน ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี, 2564)
สอดคล้องกับสถิติในเขตภาคตะวันออกที่พบว่า ในปี
พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากถึง 3,123 คน
(กรมควบคุมโรค, 2564) ด้วยสถิติที่เพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วย
ติดเตียงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลมากถึง 1 ล้านคน
(กรมควบคุมโรค, 2561) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแล
ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว โดย
ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคม
และประเทศชาติ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตาม
แนวคิดของ Shearer, Fleury, and Belyea (2010)
ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังทางจิตใจในบริบททางสังคม
ที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับญาติ
ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแล
ผู้ป่วยได้ในระยะยาว

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่
ครบถ้วนสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องดูแลอาการของโรค
ร่วมกับการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ซึ่ง

สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการส่งเสริม
ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระดับชุมชน
โดยสนับสนุนให้มีการนำญาติผู้ดูแลและครอบครัว
มาสร้างการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแล
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ
และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่อยู่
ที่บ้าน (กาญจนา จันทรีไทย, 2560) และจากการศึกษา
ของ Bradley, Lloyd-Williams, and Dowrick
(2018) พบว่า การจัดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มี
ความปลอดภัยสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงขณะอยู่ที่บ้าน และช่วยชะลอการลุกลาม
ของโรค ลดอาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health
literacy) ตามแนวคิดของ Finn and O'Fallon (2018)
จะช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ
ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงหรือการแสวงหา
ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งมีการตรวจสอบ
ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้รับ เพื่อนำไปสู่การ
ตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
ที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากภาวะเจ็บป่วยร่วมกับ
การดูแลจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม
ตามหลักอนามัย อีกทั้งญาติผู้ดูแลต้องมีความพร้อม
ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการให้การดูแลช่วยเหลือ
ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจ
พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความ
รอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์แนวคิด
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al.
(2010) ที่ประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล
(personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม
(social contextual resources) โดยแหล่งทรัพยากร
ส่วนบุคคลประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ
ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมี
จุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

ประกอบด้วย การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้ บริการทางสังคม โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและ แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมสามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของญาติ ผู้ดูแล ร่วมกับประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดการดูแลสุขภาพแวดล้อม ที่บ้านให้ถูกหลักอนามัยร่วมกับการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ จึงเป็นการลด ภาระการดูแล และช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้ความสนใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพ ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

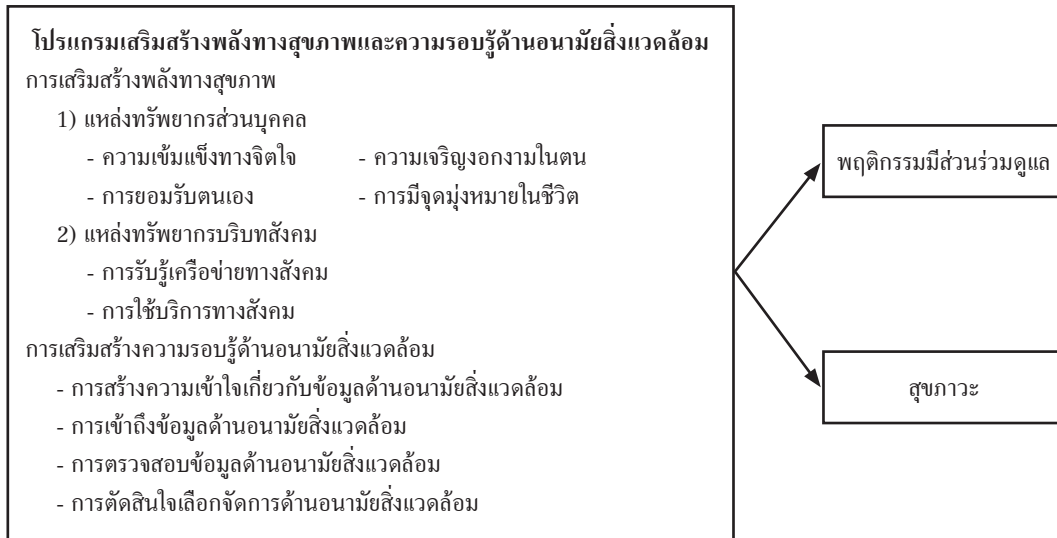
1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย

สุขภาพะ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย สุขภาพะ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้าง พลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al. (2010) ที่ ประกอบด้วย 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 2) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ การรับรู้เครือข่าย ทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม โดยแหล่งทรัพยากร ส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมส่งผลต่อการ มีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง คือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง และผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดการดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย ร่วมกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย ตัดบ้าน ติดเตียงได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มากขึ้น จึงเป็นการช่วยลดภาระการดูแล และช่วยให้ ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและ อารมณ์ และด้านสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่จำเป็นต้องประเมินความรู้ความจำ [ดูยฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, และนาพิศ จินนาคนบุญ, 2564]) 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป (เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่เริ่มยอมรับเมื่อเปลี่ยนบทบาท [Zhang et al., 2021]) 4) มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าระดับเปอร์เซนไทล์ที่ 50 ลงมา และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Twisk (2003) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 48 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม โดยการจับฉลากเลือกตำบล 2 ตำบล (จากจำนวน 11 ตำบล) จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากญาติผู้ดูแลครอบครัวละ 1-2 คน แล้วทำการสุ่มกำหนด (random assignment) ตำบลทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al.

(2010) ที่ประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โปรแกรม ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม และระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังงานพลังใจในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย เล่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และบอกสาเหตุที่ทำให้การจัดการสภาพแวดล้อมไม่ถูกหลักอนามัย จากนั้นให้ส่งตัวแทนนำเสนอ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างพลังงานพลังใจตามแนวคิดของ Shearer et al. (2010) และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายแนวทางการเสริมสร้างพลังงานพลังใจ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย อภิปรายร่วมกัน และให้ซักถามข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังงานพลังใจด้วยการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย พูดย่อยความรู้สึกเพื่อการรับรู้ร่วมกัน บอกข้อดีของตนเอง เพื่อสร้าง

แรงผลักดันในการวางแผนการทำงานให้สำเร็จในทุก ๆ วัน บอกวิธีการสร้างพลังกายพลังใจของตนเอง และเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้ยังมีการฝึกปฏิบัติการจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบๆ บ้านให้ถูกสุขลักษณะ จากนั้นให้อภิปรายร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดวิเคราะห์ และนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลกิจกรรมในโปรแกรมด้วยการสะท้อนคิด ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุปเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิด จากนั้นผู้วิจัยสรุปเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลย้อนกลับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ร่วมกับพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อม เช่น “ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ” “ท่านทำความสะอาดห้องนอนผู้ป่วย” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดสุขภาวะ ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีสุขภาวะไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสุขภาวะดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรกรรม อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, .90 และ .90 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ

ของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เอกสารรับรอง เลขที่ 121/2564 วันที่ 22 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและ นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละ พื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะ ของญาติผู้ดูแล ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้รับโปรแกรม เสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน รวมจำนวน 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้มีการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ

แห่ง ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของ ญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยให้ เวลาประมาณ 15 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ แห่ง ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของ ญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน (follow-up) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของญาติ ผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures MANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 56.45 ปี ($SD = 5.01$) และมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี–1 ปี 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.29 เดือน ($SD = 4.28$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยมีอายุ

เฉลี่ย 54.22 ปี ($SD = 4.99$) และมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี–1 ปี 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.84 เดือน ($SD = 4.05$)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึง ระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.060, p < .001$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.369, p < .001$) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลา ที่แตกต่างกัน ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 97.394, p < .001$) ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของ คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึง ระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.585, p < .001$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($F = 450.969, p < .001$) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 97.394, p < .001$) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาวะ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 60)

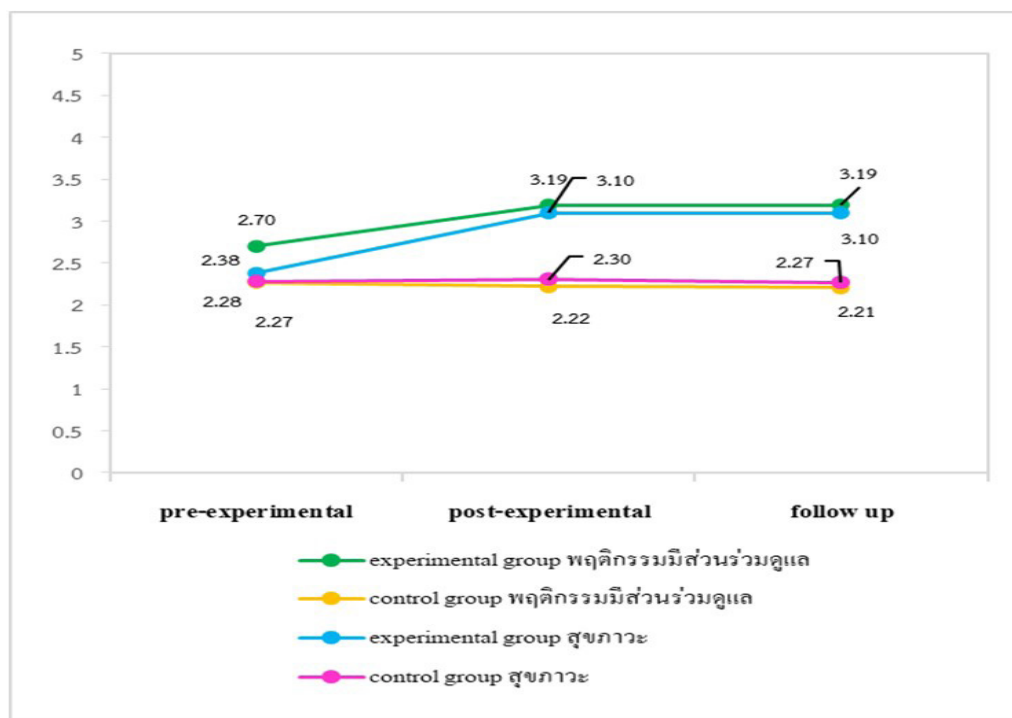
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	28.11	1.00	28.11	30.060	< .001
ความคลาดเคลื่อน	54.25	58.00	.93		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	1.94	1.56	1.24	63.693	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	2.97	1.56	1.89	97.394	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1.77	90.95	.01		
สุขภาวะ					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	15.02	1.00	15.02	19.585	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44.46	58.00	.76		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	5.39	1.83	2.94	450.969	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	2.97	1.56	1.89	97.394	< .001
ความคลาดเคลื่อน	.69	106.31	.01		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน สำหรับผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 48.180$, $p < .001$ และ $F = 49.504$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ส่วนผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 37.662$, $p < .001$ และ $F = 41.475$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา แสดงในแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
 เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		F	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล						
ระยะก่อนการทดลอง	2.70	.79	2.27	.38	.084	.072
ระยะหลังการทดลอง	3.19	.65	2.22	.40	48.180	< .001
ระยะติดตามผล	3.19	.65	2.21	.40	49.504	< .001
สุขภาวะ						
ระยะก่อนการทดลอง	2.38	.59	2.28	.44	.508	.479
ระยะหลังการทดลอง	3.10	.55	2.30	.46	37.662	< .001
ระยะติดตามผล	3.10	.56	2.27	.44	41.475	< .001



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
 และคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้เป็นอย่างดีและคงอยู่ได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการคิดวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจในการจัดการดูแลรักษาสภาพแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรค โดยแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจ ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้ถูกต้องตามหลักอนามัย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลสภาพพร้อมกับการดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสภาพตามเป้าหมายที่กำหนด ช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยลดภาระของญาติผู้ดูแลในการดูแลสภาพผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดลง จึงอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลัก 3 ประการของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาผนวกไว้ในโปรแกรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความเข้าใจ ความตระหนักของบุคคลให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย ปรับเปลี่ยนลักษณะการดูแลสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับสังคมและ

วัฒนธรรมของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) กระตุ้นญาติผู้ดูแลให้ใช้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการวิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างเหมาะสม และ 3) ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยการศึกษาของ Gray (2018) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูง และการศึกษาของเทพสุตา จิวตระกูล (2564) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังนั้น การสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการเห็นความสำคัญของการดูแลสภาพแวดล้อมของครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น

ส่วนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามแนวคิดของ Shearer et al. (2010) เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมประกอบด้วย การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม ซึ่งทั้งแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์ประครอง (2562) ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสามารถ

ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง และนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ ไปประยุกต์ใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมและปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระยะยาว เช่น การติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว ซึ่งเป็นการช่วยสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืนต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลผ่านการอบรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กริณี สังข์ประครอง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1–20.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>

กาญจนา จันทน์ไทย. (2560). *มาตรฐานการพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ชลกร ทรงศรี, และณรงค์ จันทน์แก้ว. (2562). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(1), 1–11.

ณัศพพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97–109.

คุณฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ชิตมา ณรงค์ศักดิ์, และนภาพิศ ฉิมนาบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 62–83.

ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, และชกกันันท์ อินทรารุช. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 99–113.

- เทพสุดา จิวตระกูล. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (คุณฉวีนิพนธ์ ปริญญาคุษณินันท์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 83–92.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี. (2564). รายงานข้อมูลและสถิติประจำปี. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สิ้นเชื้อสัจกุล, และสัปดาห์ตระกูลตันตลานุกร. (2563). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 46–55.
- สุวรรณา วุฒิธฤฤทธิ์, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 367–375.
- Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness—A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), e12837. doi:10.1111/ecc.12837
- Finn, S., & O’Fallon, L. R. (Eds.). (2018). *Environmental health literacy*. New York: Springer.
- Gray, K. M. (2018). From content knowledge to community change: A review of representations of environmental health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 466. doi:10.3390/ijerph15030466
- Shearer, N. B. C., Fleury, J. D., & Belyea, M. (2010). Randomized control trial of the health empowerment intervention: Feasibility and impact. *Nursing Research*, 59(3), 203–211. doi:10.1097/NNR.0b013e3181dbbd4a
- Twisk, J. W. R. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide*. Cambridge University Press.
- Zhang, J., Guo, L., Mao, J., Qi, X., Chen, L., Huang, H., ... Yang, X. (2021). The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: A randomised control study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), 12149–12158. doi:10.21037/apm-21-2803

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม แบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่* The Effectiveness of Implementing a Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program among Persons with Depression Receiving Services at Bantalad Thambon Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province *

ธนกร แสงสุริยาภาศ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Tanaporn Sangsuriyakart, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

หรรษา เศรษฐบุปผา, ปร.ด. (การพยาบาล) ²

ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, ปร.ด. (การพยาบาล) ³

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ²

Patraporn Pattarasakul, Ph.D. (Nursing) ³

Received: March 17, 2025

Revised: May 27, 2025

Accepted: June 6, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Independent Study of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Tanapornsang79@gmail.com

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการได้รับโปรแกรม และแบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังได้รับโปรแกรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 90 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100 2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด และ 3) บุคลากรทีมสุขภาพทั้งหมดเห็นด้วยกับการใช้โปรแกรม ทั้งเรื่องความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

จากการวิจัยครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า บุคลากรทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม

Abstract

This operational research aimed to study the effectiveness of implementing a Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program among persons with depression. The participants consisted of 20 persons with depression receiving services at Bantalad Thambon Health Promoting Hospital, San Kamphaeng District, Chiang Mai Province, and five professional nurses. The research instruments included a Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program, the Thai version of the 9-question Depression Assessment Form (Thai PHQ-9) with a reliability of .83, a personal data of person with depression record form, a personal data of professional nurse record form, a patient satisfaction after program implementation questionnaire, and a healthcare worker opinion on program implementation assessment form. The implementation and data collection were conducted from May to July 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that 1) after receiving the program, 90% of persons with depression reported a decrease in their depression score from mild to moderate depression to no depression, and after receiving the program for two weeks, all of them reported no depression; 2) persons with depression had satisfaction after program implementation at the high to the highest level; and 3) all healthcare workers agreed that the program benefited patient care, could be combined with prior knowledge of patient care, easy to implement, provided clearly visible results, and had a concrete implementation process.

This research suggests that healthcare workers should adopt this Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program for the care of persons with depression. This will help reduce depression among those who are living with depression.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program, Persons with depression, Effectiveness of implementing a program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักได้รับผลกระทบอย่างมากจากอาการของโรค ส่งผลให้การทำงานที่ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือในครอบครัว และที่อันตรายมากที่สุด คือ ความคิดทำร้ายตนเอง โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตในแต่ละปีกว่า 700,000 คน จากการพยายามฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านานกว่า 1 เดือน และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง และเสียชีวิตมากกว่า 4 คนต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งเป้าหมายของประเทศไทย คือ อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 คนต่อประชากรแสนคน (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2553) ทั้งนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หากได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเร็วตั้งแต่ต้น ก็จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

การรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี เช่น การทำ

จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy (CBT)) ซึ่งการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าได้ผลดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยควรทำการบำบัดจำนวน 9-12 ครั้งขึ้นไป (Beck & Alford, 2009) อย่างไรก็ตาม การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในบริบทสังคมไทยยังพบปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดไม่ครบจำนวนครั้ง โดยหยุดรับการบำบัดก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 จึงมีการคิดค้นวิธีการบำบัดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยดราวรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ (2556) ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ที่ประกอบด้วย การบำบัดที่สถานบริการ จำนวน 4 ครั้ง การบำบัดทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง และการบำบัดที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง โดยโปรแกรมเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้รับการบำบัดครบจำนวนครั้ง และมีความสะดวกสบายในการรับการบำบัด อีกทั้งยัง

ทำให้ผู้บาดเจ็บสามารถจัดสรรเวลาในการบำบัดตามพื้นที่
ได้ดี เมื่อนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับ
เล็กน้อยถึงปานกลาง โรงพยาบาลศรีสัชกาลย์ จังหวัด
สุโขทัย จำนวน 36 คน พบว่าช่วยลดอาการของภาวะ
ซึมเศร้าได้ และผู้รับบริการเข้ารับการบำบัดได้ครบทั้ง
9 ครั้ง อีกทั้งมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและ
สภาพปัญหาของผู้ที่มีการะงับซึมเศร้า

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวช
ระดับตติยภูมิ ดูแลแบบระบบเครือข่าย โดยการดูแล
ผ่านโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่าย จำนวน 19 แห่ง
โดยมีการดูแล ติดตาม ประเมินผล และให้คำปรึกษา
การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชอย่างน้อยเดือนละ
1 ครั้ง มีระบบการนิเทศ จัดอบรมให้ความรู้ในการบำบัด
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบเชิงรุกแก่บุคลากรทีมสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเครือข่าย มีการรับส่งต่อ
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ต้องรับการบำบัดแบบ
ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง มีการติดตามผลการดูแล
รักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
มีระบบจัดส่งทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพในระบบที่เลี้ยง
ในการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลเครือข่าย
และมีการจัดระบบนัดผู้ป่วยเพื่อให้บริการทุก 1 ถึง
3 เดือน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) จากสถิติพบว่า
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่
โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
ของอำเภอสนักกำแพงมากที่สุด โดยในช่วงเดือนพฤษภาคม
ถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2563 พบจำนวน 33 คน
ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดมากที่สุด คือ 8 คน
คิดเป็นร้อยละ 24.24 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563)
สำหรับการดูแลผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง
ปานกลางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด
นั้น มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น การบำบัดด้วย
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัด
แบบประคับประคอง เป็นต้น โดยให้ผู้ที่มีการะงับซึมเศร้า
มารับการบำบัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านตลาด แต่พบว่าผู้ที่มีการะงับซึมเศร้ามารับการบำบัด
ไม่ครบจำนวนครั้ง เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย
และการเดินทาง ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับ
การแก้ไขที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน
ระดับที่รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสนักกำแพง จังหวัด
เชียงใหม่, 2563)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลสวนปรุง จึงเห็นความสำคัญของการเพิ่ม
สมรรถนะของบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านตลาดซึ่งเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของ
โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกันการเกิด
ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงขึ้นจนพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า
ในที่สุด โดยนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม
แบบหลายช่องทาง ของดาร์วอร์ธ ตีเปินตา และคณะ
(2556) มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในหน่วยงานดังกล่าว เนื่องจาก
โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์
ปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยพิจารณาตามหลัก
เกณฑ์กรอบของ PICO ในการคัดเลือกหลักฐานเชิง
ประจักษ์ ได้แก่ ด้านกลุ่มประชากร (population) คือ
ทำในผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่ง
เป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ด้านโปรแกรม (intervention)
คือ เป็นโปรแกรมที่มีเป้าหมายในการลดภาวะซึมเศร้า
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าต่อไป ซึ่งตรงกับ
ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับ
เล็กน้อยถึงปานกลาง ด้านการเปรียบเทียบ (comparison)
คือ มีการเปรียบเทียบวัดผลที่ได้ในระยะก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรม และด้านผลลัพธ์ (outcome) คือ ภาวะ
ซึมเศร้า นอกจากนี้ โปรแกรมนี้ยังมีความเป็นไปได้ใน
การนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง (feasibility) โดยการบำบัด
ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ครั้ง ผ่านการให้บริการ 3 ช่องทาง
ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ ในกิจกรรมครั้งที่ 1-3
และครั้งที่ 6 การบำบัดทางโทรศัพท์ ในกิจกรรมครั้งที่
4 และ 5 และการบำบัดที่บ้าน ในกิจกรรมครั้งที่ 7-9

ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด ที่มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและประเมินปัจจัยสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนอยู่แล้ว อีกทั้งยังมีความเหมาะสมในการนำโปรแกรมมาใช้ในการชุมชน (appropriateness) โดยมีการทดสอบผลของโปรแกรมแล้วที่โรงพยาบาลศรีสัชกาลย์ ที่มีบริบทเป็นชุมชน และในผู้ป่วยชาวไทยเหมือนกัน ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดี และมีคุณค่า (meaningfulness) คือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และมีการประเมินความพึงพอใจทั้งของผู้ได้รับโปรแกรมและผู้ให้บริการ โดยไม่มีการถอนตัวออกก่อนจบโปรแกรม และโปรแกรมมีประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้จริง หากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพที่ดีในการลดภาวะซึมเศร้า และสามารถแก้ปัญหาเรื่องข้อจำกัดของการมารับการบำบัดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความมั่นใจในการนำโปรแกรมมาใช้ในการงานประจำ หรือสร้างเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และยังเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้สามารถนำไปใช้ในการให้การดูแล แนะนำ ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงหรือโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับโปรแกรมการปรับ

ความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง

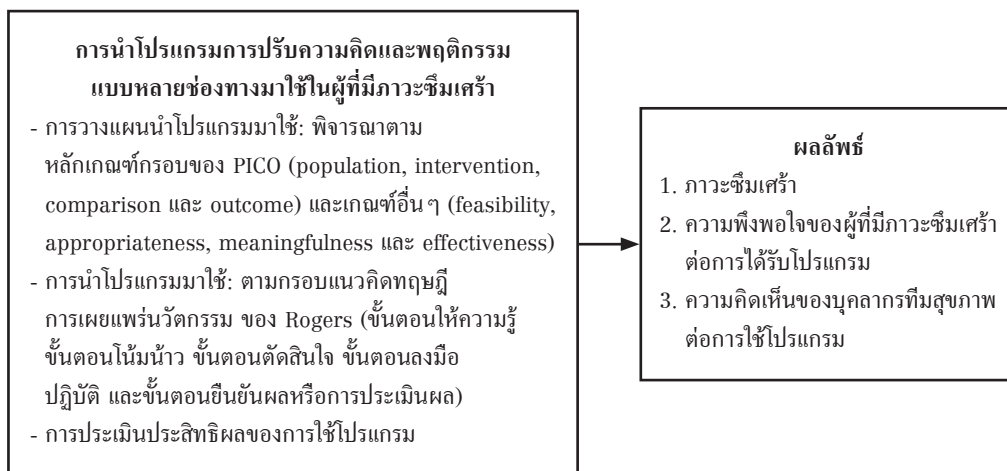
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของदाराररररररररररररररररररर (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และการค้นหาแนวทางแก้ปัญหาตามความเป็นจริง ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดครบตามจำนวนครั้งของโปรแกรมทั้งสิ้น 9 ครั้ง โดยนำมาใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ Rogers (2003 as cited in Burns & Grove, 2005) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนให้ความรู้ ขั้นตอนโน้มน้าว ขั้นตอนตัดสินใจ ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนยืนยันผลหรือการประเมินผล ทั้งนี้ การบำบัดด้วยโปรแกรมนี้เป็นการให้บริการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีข้อจำกัดในการบำบัดที่สถานบริการมีช่องทางการบำบัดทางโทรศัพท์และการบำบัดที่บ้านเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมในการบำบัดดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความต่อเนื่อง ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการติดตามผลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลให้มีความชัดเจน และสะดวกต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ปรับอารมณ์และพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทำให้มีศักยภาพในการเยียวยาตนเอง และจัดการกับปัญหา

ด้วยตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้มีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม และบุคลากรที่มสุขภาพได้เห็นถึงประโยชน์จากการใช้โปรแกรม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้

ในการปฏิบัติงานประจำต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการ เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-59 ปี 2) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) 3) สื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์และสามารถพูดคุยกับผู้บำบัดทางโทรศัพท์ได้ และยินดีให้ไปเยี่ยมบ้าน 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าหรือการบำบัดด้วยวิธีอื่น และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรม

ไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) มีอาการทางจิตเกิดขึ้น และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจากสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 มีจำนวน 20 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่, 2563) จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ในช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2564 และกลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในและแผนกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนปรุง แผนกละ 1 คน รวมจำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามโปรแกรมการปรับความคิด

และพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมของดาร์วอร์ธ ตีปินดา และคณะ (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และการค้นหาแนวทางแก้ปัญหาตามความเป็นจริง โดยเป็นการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ

ครั้งที่ 3 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบว่าหลังจากการตรวจสอบแล้วเป็นจริงหรือไม่ และพูดถึงวิธีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิด

ครั้งที่ 4-5 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และให้คำแนะนำการฝึกควบคุมลมหายใจในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 6 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปในประเด็นการแก้ปัญหาตามเป้าหมาย และการนำไป

ใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 7 เป็นการบำบัดที่บ้าน ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 6 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เพื่อสอบถามอาการของภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 8 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 7 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เพื่อสอบถามการใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ครั้งที่ 9 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 8 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มาโนช หล่อตระกูล, สุจิตา สัมฤทธิ์, และรัตนดา สายพานิชย์ แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบเครื่องมือ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวันไม่บ่อย มีค่อนข้างบ่อย และมีเกือบทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีก็เพียงเล็กน้อย (0-4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5-8 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9-14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15-19 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20-27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

และประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ของดาร์วาร์ณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์ของโปรแกรม ความพึงพอใจต่อตัวพยาบาล เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัด ความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม และภาพรวมในการบำบัด จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ชุดที่ 5 แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการให้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพตามแนวคิดหลักของ Roger (2003 as cited in Burns & Grove, 2005) เกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรม ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทรภรณ์ พงษ์นาคำ และชัชพร จันทร์ศิริ (ชัชพร จันทร์ศิริ, 2553)

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 009/2021 วันที่ 25 มกราคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดช้างแจงวัดตุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน โดยเรียนเชิญวิทยากร (รศ. ดร.สมบัติ สกุลพรรณ) ซึ่งเป็นทีมคณะกรรมการในการจัดทำเครื่องมือการบำบัดนี้

ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง การอธิบายขั้นตอนการใช้โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ (ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมและขั้นตอนการบำบัด

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละคน โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 9 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน โดยในสัปดาห์ที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-6 (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ในสัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 8 (มีการประเมินภาวะซึมเศร้าระยะหลังได้รับโปรแกรม) และในสัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 9 (มีการประเมินภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 2 สัปดาห์)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม และข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.60 ปี ($SD = 3.80$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 65 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และทั้งหมดไม่มีประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 10.40$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 100 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 6.40 ปี ($SD = 7.70$)

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า ระยะหลังได้รับโปรแกรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 90 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (n = 20)

ช่วงเวลา	ระดับภาวะซึมเศร้า					
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		ระดับเล็กน้อย		ระดับปานกลาง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะก่อนได้รับโปรแกรม	-	-	15	75.00	5	25.00
ระยะหลังได้รับโปรแกรม	18	90.00	2	10.00	-	-
ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์	20	100.00	-	-	-	-

4. ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเรื่องประโยชน์ของโปรแกรมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีความพึงพอใจต่อตัวพยาบาลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีความพึงพอใจเรื่องเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีความพึงพอใจเรื่องเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัดในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีความพึงพอใจเรื่องความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และมีความพึงพอใจต่อภาพรวมในการบำบัดในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65

5. ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพ (พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการ) ทั้งหมดเห็นด้วยกับการประเมินทุกข้อ ได้แก่ ความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ทั้งนี้ขอขยายได้ว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหานั้นให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์จริงและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา ที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีผลลัพธ์ที่ยืนยันได้ว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิตาภา ทัพพครุฑ (2559) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 95.20 และในระยะติดตามผล ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความ

พึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในระดับมากถึงมากที่สุด โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “พอได้เข้าโปรแกรมทำให้รู้สึกว่าเป็นปัญหาที่เจอจริงๆ แล้วเราสามารถที่จะแก้ใจมันได้เอง แค่เปลี่ยนวิธีคิด มองปัญหาด้วยมุมใหม่ ก็จะแก้ปัญหาเองได้ไม่ยาก รู้สึกดีมากที่มีพยาบาลให้คำแนะนำ พูดคุยด้วยถึงวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ๆ วิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า คอยดูแลใกล้ชิดคอยติดตามอาการสม่ำเสมอ รู้สึกอุ่นใจ และคิดว่าจะนำเทคนิคที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป” จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่า การได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมีประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจ ได้รับการติดตามดูแล และได้รับกำลังใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความมั่นใจ มีกำลังใจในการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีมากขึ้น จนทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหรือไม่มีความซึมเศร้า และสามารถจัดการกับความคิด การปรับอารมณ์ การปรับพฤติกรรมนำไปสู่การหาแนวทางการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพภาวรรณ คำโท (2559) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด และส่วนใหญ่สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาบรรเทาจิตใจได้ค่อนข้างดี

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางโดยทั้งหมดเห็นด้วยกับการประเมินทุกข้อ ได้แก่ ความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “รู้สึกดีที่มีการอบรมการใช้โปรแกรมนี้และได้นำโปรแกรมมาทดลองใช้จริง เพราะ

จะมีประโยชน์ในการนำไปบำบัดคนที่มีความซึมเศร้ารายอื่นๆ ได้อีก” ในส่วนความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการนำมาประยุกต์ใช้กับความรู้เดิมพบว่า ทั้งหมดเห็นด้วยที่จะนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมาปรับใช้ร่วมกับการให้การบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดไชยอยู่เดิม และเห็นว่าควรมีตัวอย่างของรูปประโยคคำถามที่มากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางเพิ่มเติมในการบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมาใช้ในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีหลังได้รับการอบรมโปรแกรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ทำให้มีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการใช้โปรแกรมในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพภาวรรณ คำโท (2559) ที่พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นด้านประโยชน์และคิดว่ามีความเหมาะสมในการนำโปรแกรมมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรรับการอบรมการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง และนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาจปรับเวลาการบำบัดแต่ละครั้งไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเกินไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางกระบวนการของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล

ของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าระหว่าง
ผู้ป่วยเพศหญิงกับเพศชาย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2565*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

จิตภา ทัพพ์เศรษฐ. (2559). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า โรงพยาบาล
ตรอน จังหวัดอุดรดิติ* (การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ชัยพร จันทรศิริ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการฝึกการอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
ปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง
จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดราวรรณ ต๊ะปิตา, สมบัติ สกุลพรรณ, และพันธุภา
กิตติรัตนไพบูลย์. (2557). *ประสิทธิผลของ
โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิด
และพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า
ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
ภาคเหนือ* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดราวรรณ ต๊ะปิตา, สุพิศ กุลชัย, สมบัติ สกุลพรรณ,
กรณิกั ศรีมงคลธาราร, สุภาพร บุญยศิริวงศ์,
และผกาทิพย์ สุขจิตร. (2556). *ผลของโปรแกรม
การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง
ต่อการลดภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 1–15.

ทิพภาวรรณ คำโท. (2559). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า โรงพยาบาล
สอด จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภ
สันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. (2563). *รายงานผล
ประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านตลาด อำเภสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
ประจำปีงบประมาณ 2563*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช
ประจำปี 2560–2563*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, ธรณินทร์
กองสุข, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, สุรพันธ์
ปราบกรี, และพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์. (2553). *การ
จัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทาง
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression:
Causes and treatment*. Philadelphia, PA:
University of Pennsylvania Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and
beyond*. New York: The Guilford Press.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice
of nursing research: Conduct, critique,
and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO:
Elsevier Saunders.

Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R.
(2008). Reliability and validity of the Thai
version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*,
8, 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46

World Health Organization. (2021). *Depression*.
Retrieved from [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม* Effectiveness of the Ventilator-associated Pneumonia Prevention Program among Medical Intensive Care Unit Nurses *

จิตติมา เกษลิ้มมา, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ¹
Thitima Kessimma, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) ¹
นงคราญ วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์) ² นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา) ³
Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing) ² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology) ³

Received: March 27, 2023 Revised: May 21, 2025 Accepted: May 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 23 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าความเชื่อมั่น 1 และแบบบันทึกอุบัติการณ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kessimma@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test และการคำนวณอุบัติการณ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีคะแนนมัธยฐาน ความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($Z = -4.054, p < .001$) 2) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีสัดส่วน การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 498.830, p < .001$) และ 3) หลังการใช้โปรแกรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติใน การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effectiveness of the ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention program among medical intensive care unit nurses. The samples consisted of 23 medical intensive care unit nurses at Nakhon Phanom Hospital. The research instruments included the VAP prevention program, a demographic questionnaire, a knowledge in VAP prevention test with a reliability of .94, a practice in VAP prevention observation record form with a reliability of 1, and an incidence of VAP record form. The implementation and data collection were conducted from October to December 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test, and calculating incidence.

The research results revealed that 1) after implementing the program, medical intensive care unit nurses had a statistically significantly higher median score of knowledge in VAP prevention than before implementing the program ($Z = -4.054, p < .001$); 2) after implementing the program, medical intensive care unit nurses had a statistically significantly higher proportion of correct practice in VAP prevention than before implementing the program ($\chi^2 = 498.830, p < .001$); and 3) after implementing the program, a medical intensive care unit had a lower incidence of VAP than before implementing the program.

This research suggests that nurse executives should adopt the VAP prevention program for intensive care unit nurses to enhance knowledge and practice in VAP prevention as well as reduce the incidence of VAP.

Keywords: Program, Knowledge, Practices, Prevention of ventilator-associated pneumonia, Nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia [VAP]) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021) ส่วนใหญ่พบในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Rosenthal et al., 2021) และนับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของสมาคมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ (International Nosocomial Infection Control Consortium [INICC]) พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในปี ค.ศ. 2018 คิดเป็น 11.47 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Rosenthal et al., 2021) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็น 4.08 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (สถาบันบำราศนราดูร, 2566) โดยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลอย่างมาก เนื่องจากการติดเชื้อที่มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากเกิดความล่าช้าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยทางระบาดวิทยาที่สัมพันธ์กับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ 1) ผู้ป่วย มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร่วมกันมีโรคประจำตัว

เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ (Chang, Dong, & Zhou, 2017) 2) เชื้อก่อโรค พบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* และ *Klebsiella pneumoniae* (Bonell et al., 2019) และ 3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เครื่องมือทางการแพทย์ โดยพบว่า แรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจที่น้อยกว่า 20 cmH₂O ทำให้มีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (Thomas et al., 2021) และบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การจัดท่านอนศีรษะสูงน้อยกว่า 30 องศา และการให้อาหารทางสายยางแบบหมดทันที (สุรพันธ์ สืบเนียม, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2560) รวมถึงอัตรากำลังของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ ก็ส่งผลกระทบต่อภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ อาจละเลยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ (จนิษฐา คงเกิดลาภ, อะเคื้อ อูมหละกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2564) ดังนั้น พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงจำเป็นต้องมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2005) และสถาบันบำราศนราดูร (2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความหมาย เกณฑ์การวินิจฉัย กลไกการติดเชื้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิธีทางการแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบ และ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วย 7 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ 3) การจัดท่าผู้ป่วย 4) การดูดเสมหะ 5) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ 6) การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน และ 7) การหยาเครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า พยาบาลมีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 26.67 (Abad, Formalejo, & Mantaring, 2021) และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางประเด็น โดยพยาบาลปรับแรงดันขณะดูดเสมหะ 80–120 mmHg ร้อยละ 51.60 และไม่หยอดน้ำเกลือ (normal saline solution) ก่อนการดูดเสมหะ ร้อยละ 50.20 (Chen et al., 2021) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า พยาบาลทำความสะอาดด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อไม่ครบขั้นตอน ร้อยละ 55.30 และไม่วัดความดันของกระเปาะหลอดลม (cuff pressure) ของท่อช่วยหายใจก่อนดูดเสมหะ ร้อยละ 67.20 (ศรีสุภา เรืองแข, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2564) จะเห็นได้ว่า พยาบาลยังมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอายุรกรรมที่มีความซับซ้อน ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ว่าจะมีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้กลยุทธ์และวิธีการที่หลากหลาย แต่พบว่ามี การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารทางเดียว ขาดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และผู้เรียนไม่ได้เรียนรู้ผ่านการลงมือกระทำด้วยตนเอง ทำให้กระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับมี

ความแตกต่างกัน ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นจึงควรมีวิธีการสนับสนุนให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการปฏิบัติด้วยกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ โดยการนำกระบวนการที่ใหม่และมีประสิทธิภาพมาใช้ในการจูงใจให้พยาบาลเกิดความรู้เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ กระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม ของ Rogers (2003) นับว่าเป็นนวัตกรรมกระบวนการ (process innovation) ที่ใหม่และมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจ 4) การนำไปใช้ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจจัดทำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม ของ Rogers (2003) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ เพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) การโน้มน้าวจิตใจ โดยพูดคุยกับพยาบาลเป็นรายบุคคล 3) การตัดสินใจ โดยประชุมและสนทนากับพยาบาลเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน 4) การนำไปใช้ โดยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับหาแนวทางแก้ไขในขั้นตอนที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นรายบุคคล จนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกขั้นตอน อีกทั้งมีการให้กำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ โดยจัดประชุมร่วมกับพยาบาลเพื่อสรุปผลการตัดสินใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ทั้งนี้ การดำเนินโปรแกรมต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย 1) นวัตกรรม โดยการใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใหม่สำหรับพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดทำคู่มือการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจาก

การใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book [E-book]) ซึ่งเป็นนวัตกรรมสำหรับ ทบทวนความรู้ 2) การสื่อสาร โดยการเปิดโอกาสให้ พยาบาลได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ 3) เวลา โดยการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน สำหรับพยาบาลนั้นอาศัยระยะเวลาในการยอมรับ กระบวนการเผยแพร่วัตกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะ ของผู้ยอมรับนวัตกรรมซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละ บุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละขั้นตอน และ 4) ระบบสังคม โดยให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ ตั้งไว้ และแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาล แต่พบว่ามีเพียงหมวดกิจกรรมการทำความสะอาด ช่องปากและฟันเท่านั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มี การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาลหอผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรมที่ครอบคลุมการปฏิบัติในทุกหมวด กิจกรรม ตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกัน โรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2005) และสถาบัน บำราศนราดรุณ (2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม หากพยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องก็จะช่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง ช่วยหายใจในโรงพยาบาลได้ อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพ การพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลหอผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาล

หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้ โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง ช่วยหายใจ

3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการ ป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

สมมติฐานการวิจัย

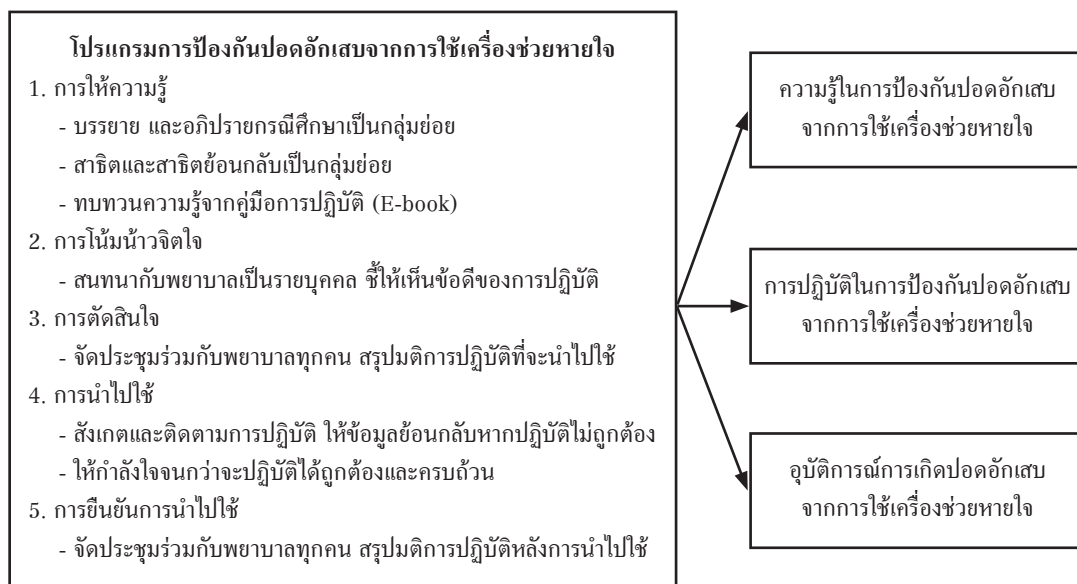
1. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมมีคะแนนความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องมากกว่าก่อน การใช้โปรแกรม
3. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม ของ Rogers (2003) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ โดยใช้วิธีการบรรยาย และเปิดโอกาสให้ทบทวนความรู้จากคู่มือการปฏิบัติ ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อีกทั้งการสาธิตและ สาธิตย้อนกลับ 2) การโน้มน้าวจิตใจ โดยพูดคุยกับ พยาบาลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับข้อดีของการปฏิบัติ 3) การตัดสินใจ โดยประชุมและสนทนากับพยาบาล เพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน 4) การนำไปใช้ โดยสังเกต การปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับหาแนวทางแก้ไขใน ขั้นตอนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นรายบุคคล

และให้กำลังใจเพื่อให้เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ โดยจัดประชุมร่วมกับพยาบาล เพื่อสรุปผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ ทั้งนี้ การดำเนินโปรแกรมคำนึงถึงองค์ประกอบของทฤษฎี คือ 1) นวัตกรรม โดยการใช้นวัตกรรมกระบวนการ สำหรับพยาบาล 5 ขั้นตอน และการจัดทำคู่มือการปฏิบัติ ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ 2) การสื่อสาร โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) เวลา โดยการดำเนินกิจกรรม สำหรับพยาบาลต้องอาศัยระยะเวลาในการยอมรับ

กระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะ ของผู้ยอมรับนวัตกรรมแต่ละบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในแต่ละขั้นตอน และ 4) ระบบสังคม โดยให้พยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาล และ ทำให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง ช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีแนวโน้มลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและ หลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม 1 แห่ง ในโรงพยาบาลนครพนม 2) ปฏิบัติ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยตรง 3) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อย่างน้อย 3 เดือน 4) ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการบริหาร

เป็นหลัก ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย 5) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตาราง statistical power table ของ Kraemer and Thiemann (1987 as cited in Burns & Grove, 2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 (Burns & Grove, 2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 23 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกต กำหนดโดยใช้สูตรคำนวณ (นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และกิตติกา กาญจนรัตน์, 2540) โดยกำหนดค่าสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องจากการศึกษาของวิชา สุทธิธรรม (2551) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตอย่างน้อยกิจกรรมละ 20 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม ของ Rogers (2003) ประกอบด้วย 1) แผนการให้ความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการสาธิตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2005) และสถาบันบำราศนราดูร (2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การใส่ท่อหลอดลมคอและ

การเจาะคอ การจัดทำผู้ป่วย การดูแลเสมหะ การดูแลเครื่องช่วยหายใจ การดูแลความสะอาดในช่องปาก และฟัน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ 2) คู่มือการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ใช้สำหรับทบทวนความรู้ โดยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2005) และสถาบันบำราศนราดูร (2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ การดำเนินโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การให้ความรู้ ใช้เวลา 4 วัน โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน จัดอบรมวันละ 1 กลุ่ม โดยบรรยายประกอบสื่อการสอนโปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ ยกตัวอย่างกรณีศึกษา และให้ร่วมกันอภิปราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที จากนั้นสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที และให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติ

1.2 การโน้มน้าวจิตใจ ใช้เวลา 5 วัน โดยผู้วิจัยสนทนากับพยาบาลเป็นรายบุคคลในช่วงเวลาที่พยาบาลสะดวก ใช้เวลาคนละ 30-60 นาที ให้อธิบายสาเหตุของปัญหาหรืออุปสรรคจากการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชี้แนะให้ทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และชี้ให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติ

1.3 การตัดสินใจ ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับพยาบาลทุกคน นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติที่ได้จากการสนทนา ให้ร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์สาเหตุร่วมกัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากนั้นสรุปมติการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะนำไปใช้

1.4 การนำไปใช้ ใช้เวลา 2 สัปดาห์ 3 วัน โดยผู้วิจัยสังเกตและติดตามการปฏิบัติ กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วน ให้ข้อมูลย้อนกลับ

หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติหลังจากพยาบาลว่างจากงาน รวมถึงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับพยาบาลเป็นรายบุคคล และให้กำลังใจจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วน

1.5 การยืนยันการนำไปใช้ ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับพยาบาลทุกคน นำเสนอภาพรวมของการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบขณะปฏิบัติ จากนั้นสรุปมติการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังการนำไปใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การได้รับการอบรมด้านการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ของภาวิดา เล็กวุฒิกิรณ (2553) ประกอบด้วยความหมายของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การวินิจฉัย จำนวน 1 ข้อ กลไกการติดเชื้อ จำนวน 1 ข้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ วิธีการแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 1 ข้อ ผลกระทบของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 1 ข้อ การทำความสะอาดมือ จำนวน 1 ข้อ การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ จำนวน 1 ข้อ การจัดทำผู้ป่วย จำนวน 1 ข้อ การดูแลเสมหะ จำนวน 3 ข้อ การดูแลเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 3 ข้อ การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน จำนวน

1 ข้อ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของภาวิดา เล็กวุฒิกิรณ (2553) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลาในการสังเกต เวรที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งของพยาบาล และกิจกรรมที่จะสังเกต ซึ่งเป็นการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การทำความสะอาดมือ จำนวน 2 ข้อ การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ จำนวน 4 ข้อ การจัดทำผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ การดูแลเสมหะแบบระบบปิด จำนวน 10 ข้อ การดูแลเสมหะแบบระบบเปิดสำหรับผู้ทำการดูแลเสมหะ จำนวน 13 ข้อ การดูแลเสมหะแบบระบบเปิดสำหรับผู้ช่วยดูแลเสมหะ จำนวน 8 ข้อ การดูแลเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 7 ข้อ การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน จำนวน 6 ข้อ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 55 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การรักษาที่ได้รับ อาการและอาการแสดงของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสีทรวงอก และสรุปการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยปอด

อีกเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุม และป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2021) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการใช้ทฤษฎีการเผยแพร่วัตรกรรม พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (2 คน) และพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ เท่ากับ 1 และ .99 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .94 และนำแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ ไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติ จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 088/2565 วันที่ 13

กันยายน 2565) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ 28/2565 วันที่ 5 ตุลาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหัวหน้างานควบคุมการติดเชื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนการทดลอง (pre-test) เมื่อตอบแล้ว ให้ใส่ซองพร้อมปิดผนึก และใส่ลงในกล่องที่จัดเตรียมไว้ ส่วนผู้วิจัยบันทึกอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยดูข้อมูลจากเวชระเบียน (อุบัติการณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ก่อนการทดลอง (pre-test) และบันทึกในแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการสังเกตแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูล

ในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย และป้องกันการเกิดพฤติกรรม การปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยทำการสังเกตและมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรม 7 หมวด สุ่มสังเกต 5 วันต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลา 08.00-18.00 น. กรณีมีกลุ่มตัวอย่างหลายคน ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) โดยจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

4. ในสัปดาห์ที่ 5-8 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม พบกลุ่มตัวอย่างวันละ 1 กลุ่ม ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย ให้อภิปรายกรณีศึกษา ทำการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ และให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่ให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติ จากนั้นจัดประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในสัปดาห์ที่ 6-8 ผู้วิจัยสังเกตและติดตามการปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง และครบถ้วน จากนั้นจัดประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลการปฏิบัติหลังการนำไปใช้

5. ในสัปดาห์ที่ 9-12 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติ

ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนผู้วิจัยบันทึกพฤติกรรมการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการทดลอง (post-test) และบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

6. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ให้ตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการทดลอง (post-test) เมื่อตอบแล้วให้ใส่ซองพร้อมปิดผนึก และใส่ลงในกล่องที่จัดเตรียมไว้

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม ใช้วิธีการคำนวณอุบัติการณ์ ตามสูตรต่อไปนี้

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ} \times 1,000}{\text{จำนวนวันรวมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วงเวลาที่ศึกษา}}$$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.61 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.22 ($M = 27.52$, $SD = 5.48$, $Med = 26$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1–2 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.83 ($M = 5.30$, $SD = 5.56$, $Med = 3$) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมอยู่ในช่วง 1–2 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.17 ($M = 4.78$, $SD = 5.51$, $Med = 2$) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 69.56 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ

การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 78.26 และมีปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 65.22

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีคะแนนมาตรฐานความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.054$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ($n = 23$)

ช่วงเวลา	min–max	Med	Q1–Q3	Wilcoxon signed-rank test	
				Z	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	9.00–17.00	13.00	10.00–15.00	-4.054	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	16.00–20.00	18.00	16.00–20.00		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องโดยรวม

มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 498.830$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติฯ ที่ถูกต้อง ในกิจกรรมทั้ง 7 หมวด มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		χ^2	p
	ก่อนการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)	หลังการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)		
การทำความสะอาดมือ	361/672 (53.72)	652/708 (92.09)	260.012	< .001
การใส่ท่อหลอดลมคอและการเจาะคอ	36/72 (50.00)	71/81 (87.65)	25.704	< .001
การจัดทำผู้ป่วย	172/216 (79.63)	259/264 (98.12)	44.245	< .001
การดูดเสมหะ	585/744 (78.63)	871/899 (96.89)	134.523	< .001
การดูแลเครื่องช่วยหายใจ	150/168 (89.29)	197/203 (97.04)	9.146	.001
การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน	231/289 (79.93)	329/349 (94.27)	30.288	< .001
การหยาเครื่องช่วยหายใจ	40/48 (83.33)	56/58 (96.55)	5.371	.010
โดยรวม	1,575/2,209 (71.29)	2,435/2,562 (95.04)	498.830	< .001

หมายเหตุ: สัดส่วนประกอบด้วย ตัวเลขเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวเลขส่วน = จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตได้ทั้งหมด

4. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังการใช้โปรแกรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ช่วงเวลา	การเกิด ปอดอักเสบ (ครั้ง)	จำนวนวันรวม ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ (ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ)
ก่อนการใช้โปรแกรม	3	283	10.60
หลังการใช้โปรแกรม	1	275	3.64

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีคะแนนมัธยฐานความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้ตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม ของ Rogers (2003) โดยมีการให้ความรู้ ในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมากที่สุด ซึ่งการให้ความรู้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเผยแพร่ นวัตกรรม เนื่องจากเป็น กระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนได้รู้จักนวัตกรรมนั้นเป็น ครั้งแรก (Rogers, 2003) สำหรับการให้สื่อการสอน โปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ ทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพ และได้ยินเสียงบรรยายที่สอดคล้องกับภาพอย่างชัดเจน (Bastable, 2013) และการอภิปรายกรณีศึกษา ร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องมากขึ้น อีกทั้ง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเป็นกลุ่มย่อยทำให้เกิด การเรียนรู้จากการลงมือกระทำด้วยตนเองผ่านประสาท สัมผัสทั้ง 5 จึงเกิดความเข้าใจและช่วยให้จดจำเนื้อหา ได้อย่างถูกต้อง (ณรงค์ราญ วิเศษกุล, 2562) ส่วน คู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเป็น นวัตกรรมสำหรับทบทวนความรู้ นั้น มีคำอธิบายขั้นตอน การปฏิบัติและมีภาพประกอบที่เข้าใจง่าย จึงกระตุ้นให้ เกิดการเรียนรู้เนื้อหาโดยง่าย (ปานทิพย์ ผ่องอักษร และละเอียด แจ่มจันทร์, 2561) อีกทั้งสามารถเปิดอ่าน ทบทวนซ้ำได้ทุกที่ทุกเวลา (ณรงค์ราญ วิเศษกุล, 2562) จึงตอบสนองต่อการเรียนรู้เป็นอย่างดีเนื่องจากตรงกับ ความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยนวัตกรรมกระบวนการ 5 ขั้นตอน และคู่มือการปฏิบัติในรูปแบบหนังสือ อิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้อีกกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จึงเกิดการรับรู้ประโยชน์ของนวัตกรรม และมีการยอมรับ นวัตกรรมว่าเป็นวิธีการที่ดีและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ Dodson (2018) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรม การให้ความรู้ พยาบาลเคมีบำบัดมีคะแนนความรู้ด้าน เกสซ์พันธุศาสตร์เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องมากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไป ตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับ การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2005) และสถาบันบำราศนราดูร (2563) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยมีการสนทนา กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับข้อดีของการ ปฏิบัติ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งนวัตกรรมกระบวนการจะส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติได้โดยง่าย ทำให้ เกิดทัศนคติที่ดีและยอมรับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดง ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ทำให้เกิดความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติใน การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มากขึ้น สำหรับขั้นตอนการนำไปใช้ มีกิจกรรมที่ส่งเสริม การเปลี่ยนแปลงทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและครบถ้วน แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยทัศนคติที่เกิดขึ้นจะทำหน้าที่เป็น ตัวกลางที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการลงมือปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้อง (Weiss, Tappen, & Grimley, 2019) ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจาก

การใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกหมวดกิจกรรม อีกทั้งขั้นตอนการขึ้นย่นการนำไปใช้ ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นหลังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และชักนำให้เกิดความตระหนักและพัฒนาทักษะการปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง (Chen, Hua, Jin, & Wang, 2022) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ปานพลอย, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิชกานต์ ทรงไทย (2562) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสุขภาพช่องปาก พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจที่ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา วงษ์กัญญา, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิชกานต์ ทรงไทย (2562) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตามทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม ของ Rogers (2003) ทำให้มีความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้น และมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา วงษ์กัญญา และคณะ (2562) ที่พบว่า หลังการใช้

โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยโดยรวมพบว่า การเพิ่มพูนความรู้และทักษะปฏิบัติของพยาบาล ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง นำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของนวัตกรรมกระบวนการในงานพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเน้นการส่งเสริมความรู้และทักษะแก่พยาบาลผ่านรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อความรู้ การปฏิบัติ และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการวัดผลซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัย และเพื่อติดตามผลในระยะยาว

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำโปรแกรมการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนผู้ช่วยสอน/ผู้ช่วยวิจัย ประจำ

ปีงบประมาณ 2564–2565

เอกสารอ้างอิง

ชนิษฐา คงเกิดลาภ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2564). การปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *พยาบาลสาร*, 48(3), 104–114.

นงศ์กรณู วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โซดนาพรินทร์.

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, และกิตติกา กาญจนรัตน์. (2540). *สถิติและงานวิจัยทางการแพทย์คลินิก*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปัทมา วงษ์กัญ, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิกานต์ ทรงไทย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 26–35.

ปานทิพย์ ผ่องอักษร, และละเอียด แจ่มจันทร์. (2561). การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์: ถอดบทเรียนจากผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 1–9.

ภาวิดา เล็กอุฒิกรณ์. (2553). *ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบ และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วชิรา สุทธิธรรม. (2551). *ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีสุภา เรืองแสง, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2564). การปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต. *พยาบาลสาร*, 48(2), 84–94.

สถาบันบำราศนราดูร. (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สถาบันบำราศนราดูร. (2566). *สถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ. 2562–2565*. สืบค้นจาก https://www.nicpicprogram.org/map_me_y2022.php

สมศรี ปานพลอย, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิกานต์ ทรงไทย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรม. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(3), 332–342.

สุรพันธ์ สืบเนียม, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจระยะแรก ของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 137–145.

- Abad, C. L., Formalejo, C. P., & Mantaring, D. M. L. (2021). Assessment of knowledge and implementation practices of the ventilator acquired pneumonia (VAP) bundle in the intensive care unit of a private hospital. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 10(1), 161. doi:10.1186/s13756-021-01027-1
- Bastable, S. B. (2013). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Bonell, A., Azarrafiy, R., Huang, V. T. L., Viet, T. L., Phu, V. D., Dat, V. Q., ... Nadjm, B. (2019). A systematic review and meta-analysis of ventilator-associated pneumonia in adults in Asia: An analysis of national income level on incidence and etiology. *Clinical Infectious Diseases*, 68(3), 511–518. doi:10.1093/cid/ciy543
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). *Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia*. Retrieved from <https://www.thoracic.org/statements/resources/mtpi/guide1-29.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *2020 national and state healthcare-associated infections progress report*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/data/portal/progress-report.html>
- Chang, L., Dong, Y., & Zhou, P. (2017). Investigation on risk factors of ventilator-associated pneumonia in acute cerebral hemorrhage patients in intensive care unit. *Canadian Respiratory Journal*, 2017, 7272080. doi:10.1155/2017/7272080
- Chen, S., Hua, L., Jin, Q., & Wang, H. (2022). Correlation of ICU nurses' cognitive level with their attitude and behavior toward the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 8229812. doi:10.1155/2022/8229812
- Chen, W., Hu, S., Liu, X., Wang, N., Zhao, J., Liu, P., ... Hu, J. (2021). Intensive care nurses' knowledge and practice of evidence-based recommendations for endotracheal suctioning: A multisite cross-sectional study in Changsha, China. *BMC Nursing*, 20(1), 186. doi:10.1186/s12912-021-00715-y
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dodson, C. (2018). Oncology nurses' knowledge of pharmacogenomics before and after implementation of an education module. *Oncology Nursing Forum*, 45(5), 575–580. doi:10.1188/18.onf.575-580

- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Rosenthal, V. D., Chaparro, G. J., Servolo-Medeiros, E. A., Souza-Fram, D., Escudero, D. V. D. S., Gualtero-Trujillo, S. M., ... Di-Silvestre, G. (2021). An eight-year multicenter study on short-term peripheral intravenous catheter-related bloodstream infection rates in 100 intensive care units of 9 countries in Latin America: Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, Mexico, Panama, and Venezuela. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 42(9), 1098–1104. doi:10.1017/ice.2020.1373
- Thomas, R. E., Erickson, S., Hullett, B., Minutillo, C., Lethbridge, M., Vijayasekaran, S., ... Rao, S. C. (2021). Comparison of the efficacy and safety of cuffed versus uncuffed endotracheal tubes for infants in the intensive care setting: A pilot, unblinded RCT. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 106(6), 614–620. doi:10.1136/archdischild-2020-320764
- Weiss, S. A., Tappen, R. M., & Grimley, K. (2019). *Essentials of nursing leadership & management* (7th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
-

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียด ของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง* **Factors Associated with Mental Health and Stress among Healthcare Personnel Responsible for COVID-19 in Lampang Province***

วัชรารณณ์ พิสปิงคำ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Watcharaporn Pitspinkum, M.P.H. (Public Health)¹

สินีนาง ขาวตระการ, วท.ด. (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)²

Sineenart Chautrakarn, Ph.D. (Health Research and Management)²

อักษรา ทองประชุม, ปร.ด. (สุขภาพระหว่างประเทศ)³

Aksara Thongprachum, Ph.D. (International Health)³

Received: March 14, 2025 Revised: June 15, 2025 Accepted: June 16, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง จำนวน 384 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: watcahraporn.nk@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบประเมินความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 57.55 และมีความเครียดในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.86 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) สถานภาพสมรส ($p < .001$) อายุการทำงาน ($p < .05$) สถานที่ปฏิบัติงาน ($p < .001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p < .05$) โรคประจำตัว ($p < .001$) ลักษณะที่อยู่อาศัย ($p < .05$) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ($p < .001$) และบทบาทหน้าที่หลัก ($p < .001$) และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .001$) สถานภาพสมรส ($p < .001$) อายุการทำงาน ($p < .001$) ตำแหน่งงานปัจจุบัน ($p < .05$) สถานที่ปฏิบัติงาน ($p < .001$) รายได้ต่อเดือน ($p < .001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p < .001$) ลักษณะที่อยู่อาศัย ($p < .001$) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ($p < .001$) และบทบาทหน้าที่หลัก ($p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารหรือหัวหน้างานควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริม ป้องกัน และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานในสถานการณืภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ความเครียด บุคลากรทางการแพทย์

ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

Abstract

This cross-sectional research aimed to explore mental health and stress and to investigate the factors associated with mental health and stress among healthcare personnel. The samples consisted of 384 healthcare personnel responsible for COVID-19 in Lampang Province. The research instruments included a personal factor and performance characteristic questionnaire, the General Health Questionnaire (Thai GHQ-30) with a reliability of .84, and a stress assessment form with a reliability of .93. Data were collected from June to July 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The research results revealed that 1) 57.55% of healthcare personnel had no mental health problem and 77.86% of them had stress score at a normal level; 2) the factors that statistically significantly associated with mental health among healthcare personnel were composed of age ($p < .01$), marital status ($p < .001$), working age ($p < .05$), workplace ($p < .001$), adequacy of income ($p < .05$), underlying diseases ($p < .001$), housing characteristics

($p < .05$), average working hours per day ($p < .001$), and major roles ($p < .001$); and 3) the factors that statistically significantly associated with stress among healthcare personnel were composed of age ($p < .001$), marital status ($p < .001$), working age ($p < .001$), current job position ($p < .05$), workplace ($p < .001$), monthly income ($p < .001$), adequacy of income ($p < .001$), housing characteristics ($p < .001$), average working hours per day ($p < .001$), and major roles ($p < .01$).

This research suggests that executives or supervisors should utilize the findings to plan for promoting, preventing, and reducing mental health problems among healthcare personnel responsible for public health emergency situations.

Keywords: Mental health, Stress, Healthcare personnel, Incident command system

ความเป็นมาและความสำคัญขอปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา SAR-CoV-2 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอุบัติใหม่ พบการติดเชื้อครั้งแรกที่ตลาดสดแห่งหนึ่งในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นมีการระบาดภายในประเทศจีนและประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern [PHEIC]) ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นการระบาดใหญ่ที่เป็นวงกว้างทั่วโลก (pandemic) ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 (World Health Organization [WHO], 2021)

สำหรับประเทศไทย หลังจากทีประเทศจีนพบการระบาดของโรคในเมืองอู่ฮั่นแล้ว กรมควบคุมโรคได้จัดระบบคัดกรองโรคที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ โดยเริ่มตรวจหาผู้ป่วยจากผู้โดยสารที่บินตรงจากเมืองอู่ฮั่น ในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 และกรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (emergency operations center [EOC]) ในวันที่

4 มกราคม พ.ศ. 2563 และยกระดับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขในระดับกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ ประเทศไทยพบคนไทยรายแรกที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคนขับรถแท็กซี่ที่มีประวัติสัมผัสนักท่องเที่ยวชาวจีน และพบบุคลากรทางการแพทย์รายแรกที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ต่อมาพบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรก ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และในวันเดียวกันนี้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (มณี สุขประเสริฐ, เจนจิรา สลิวงค์, และพรรณพร กะตะจิตต์, 2565)

บุคลากรทางการแพทย์เป็นด่านหน้าที่สำคัญในการรับมือกับการระบาดของโรค เพื่อช่วยลดการระบาดของโรค ลดความสูญเสียทั้งต่อชีวิตของผู้ป่วยและต่อเศรษฐกิจของประเทศให้น้อยที่สุด ทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงและความท้าทาย ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคโดยตรง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน การติตรา ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจอย่างรุนแรง (WHO, 2021) จากการสำรวจสุขภาพจิต

ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีน จำนวน 1,257 คน พบว่า มีอัตราการเกิดโรคเครียดสูงสุด ร้อยละ 71.50 รองลงมา คือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 50.40 โรควิตกกังวล ร้อยละ 44.60 และนอนไม่หลับ ร้อยละ 34 (Dai, Hu, Xiong, Qiu, & Yuan, 2020) สำหรับประเทศไทย ในช่วงการระบาดของโรคระลอกที่ 4 (วันที่ 27 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดสูง ร้อยละ 11.39 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.72 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.34 และมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ ร้อยละ 16.48 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ต้องปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน ภายใต้ความคาดหวังทั้งของผู้ป่วย ญาติ และสังคม และต้องห่างจากครอบครัว อีกทั้งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าบุคคลอื่น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม (“การดูแลสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข,” 2563)

จังหวัดลำปางได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข เมื่อพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2563 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถตอบสนองและควบคุมสถานการณ์ของโรคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดลำปาง ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 22 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วย 127,004 ราย อัตราป่วย 17,476.68 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 193 ราย อัตราป่วยตาย 0.15 (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation

Center : EOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางกรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19, 2565) จากวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในประชาชนทั่วไป ผู้ติดเชื้อ ญาติผู้ติดเชื้อ และญาติผู้เสียชีวิต รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดลำปางที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานหน้าที่ตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (incident command system [ICS]) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

สมมติฐานการวิจัย

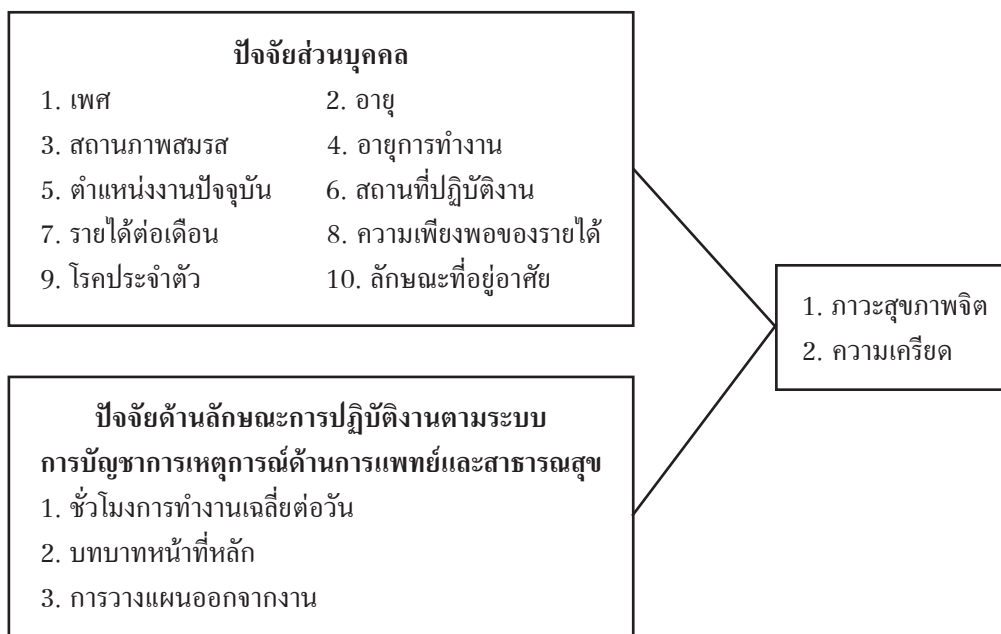
ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุการทำงาน ตำแหน่งงานปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และลักษณะที่อยู่อาศัย) และปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน บทบาทหน้าที่หลัก และการวางแผนออกจากงาน)

มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแนวคิดของวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล (2563) อธิบายว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง การตรวจ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ เนื่องจากภาระการทำงานที่เพิ่มขึ้น การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันตนเอง การทำงานภายใต้ความกดดันและความคาดหวัง การทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน การที่ต้องออกห่างจากครอบครัว และยังเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนการศึกษาของ Dai et al. (2020) พบว่า

ปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มที่เป็นด่านหน้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นด่านหน้า และการศึกษาของ Kisely et al. (2020) พบว่า การมีบุคคลที่ต้องดูแล และการมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้ที่ต่ำหรือไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิต และพบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานโดยตรง 2.74 เท่า จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามผังโครงสร้างระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดลำปาง จำนวน 7,707 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดลำปางเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 365 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 402 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส อายุการทำงาน ตำแหน่งงานปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน บทบาทหน้าที่หลัก และการวางแผนออกจากงาน จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaire [Thai GHQ-30]) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Goldberg ปี ค.ศ. 1972 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยชนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 30 ข้อ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออก

เป็น 2 ระดับ คือ ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (0-3 คะแนน) และมีปัญหาสุขภาพจิต (4 คะแนนขึ้นไป) มีค่าความเชื่อมั่น .84

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (stress test) ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับปกติ (0-17 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18-29 คะแนน) และในระดับสูง (30-60 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ ET004/2565 วันที่ 18 เมษายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความคุ้นเคยในพื้นที่ อำเภอละ 1 คน รวมจำนวน 13 คน เพื่อช่วยติดต่อประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละตำบล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลา 1 วัน ผู้ช่วยผู้วิจัยลงพื้นที่ติดต่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง เพื่อนัดหมายวันและเวลาใน

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดหมาย แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึง เดือนกรกฎาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชีการ เหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลภาวะ สุขภาพจิต และข้อมูลความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชีการ เหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กับภาวะ สุขภาพจิต และความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามและแบบประเมิน ที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.52

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านลักษณะ การปฏิบัติงานตามระบบการบัญชีการ เหตุการณ์ด้านการ แพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.53 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.55 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.54 ปี ($SD = 10.24$) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 59.11 มีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.30 โดยมีอายุการทำงาน เฉลี่ย 19.67 ปี ($SD = 11.15$) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงาน ปัจจุบันเป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ คิดเป็นร้อยละ 83.85 สถานที่ปฏิบัติงาน คือ โรงพยาบาลชุมชน

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.58 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ใน ช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.48 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 33,520 บาท ($SD = 1.55$) ความเพียงพอของรายได้ คือ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.05 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.18 มีลักษณะ ที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน/คอนโดมิเนียมของตนเอง คิดเป็น ร้อยละ 83.85 มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวันอยู่ในช่วง 8-12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 79.43 มีบทบาทหน้าที่ หลักอยู่ในกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50.26 และส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนออกจากงาน คิดเป็นร้อยละ 98.44

2. ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 57.55 และมีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็น ร้อยละ 42.45 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตใน ระดับมีปัญหาสุขภาพจิต ($M = 5.60$, $SD = 7.21$)

3. ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความเครียดใน ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.86 รองลงมา คือ ระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.61 โดยมีคะแนนเฉลี่ย ความเครียดในระดับปกติ ($M = 10.70$, $SD = 7.89$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) สถานภาพสมรส ($p < .001$) อายุ การทำงาน ($p < .05$) สถานที่ปฏิบัติงาน ($p < .001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p < .05$) โรคประจำตัว ($p < .001$) และลักษณะที่อยู่อาศัย ($p < .05$) ส่วน เพศ ตำแหน่งงานปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทาง การแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 384)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต		p
	มีปัญหาสุขภาพจิต	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	48 (41.03)	69 (58.97)	.709
หญิง	115 (43.07)	152 (56.93)	
อายุ			
15-29 ปี	17 (34.69)	32 (65.31)	.001
30-44 ปี	93 (37.80)	153 (62.20)	
45-59 ปี	53 (59.55)	36 (40.45)	
สถานภาพสมรส			
โสด	50 (45.87)	59 (54.13)	< .001
คู่	18 (94.74)	1 (5.26)	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	89 (39.21)	138 (60.79)	
ม่าย	6 (20.69)	23 (79.31)	
อายุการทำงาน			
ต่ำกว่า 1 ปี	15 (40.54)	22 (59.46)	.026
1-5 ปี	45 (44.55)	56 (55.45)	
6-10 ปี	20 (43.48)	26 (56.52)	
11-15 ปี	5 (45.45)	6 (54.55)	
16-20 ปี	20 (29.85)	47 (70.15)	
21-25 ปี	24 (35.82)	43 (64.18)	
สูงกว่า 25 ปี	34 (61.82)	21 (38.18)	
ตำแหน่งงานปัจจุบัน			
ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ	140 (43.48)	182 (56.52)	.582
พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว	13 (35.14)	24 (64.86)	
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	6 (50.00)	6 (50.00)	
ลูกจ้างเหมาจ่าย/รายเดือน	4 (30.77)	9 (69.23)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 384) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต		p
	มีปัญหาสุขภาพจิต	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานที่ปฏิบัติงาน			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	12 (37.50)	20 (52.50)	< .001
โรงพยาบาลศูนย์	10 (71.43)	4 (28.57)	
โรงพยาบาลชุมชน	76 (50.00)	76 (50.00)	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	22 (61.11)	14 (38.89)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	43 (28.67)	107 (71.33)	
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 10,000 บาท	12 (42.86)	16 (57.14)	.081
10,000–20,000 บาท	42 (44.68)	52 (55.32)	
20,001–30,000 บาท	35 (46.05)	41 (53.95)	
30,001–40,000 บาท	18 (27.27)	48 (72.73)	
40,001–50,000 บาท	25 (40.32)	37 (59.68)	
มากกว่า 50,000 บาท	31 (53.45)	27 (46.55)	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ เหลือเก็บ	8 (27.59)	21 (72.41)	.029
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	135 (41.93)	187 (58.07)	
ไม่เพียงพอ	20 (60.61)	13 (39.39)	
โรคประจำตัว			
มี	103 (36.65)	178 (63.35)	< .001
ไม่มี	60 (58.25)	43 (41.75)	
ลักษณะที่อยู่อาศัย			
หอพักของหน่วยงาน (สวัสดิการ)	8 (27.59)	21 (72.41)	.029
บ้าน/คอนโดมิเนียมของตนเอง	135 (41.93)	187 (58.07)	
บ้านเช่า/ห้องเช่า	20 (60.61)	13 (39.39)	

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ

บุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ($p < .001$) และบทบาทหน้าที่หลัก ($p < .001$) ส่วนการวางแผนออกจากงานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ($n = 384$)

ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงาน	ภาวะสุขภาพจิต		<i>p</i>
	มีปัญหาสุขภาพจิต	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน			
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	0 (0.00)	20 (100.00)	< .001
8-12 ชั่วโมง	61 (20.00)	244 (80.00)	
13-16 ชั่วโมง	14 (40.00)	21 (60.00)	
มากกว่า 16 ชั่วโมง	15 (62.50)	9 (37.50)	
บทบาทหน้าที่หลัก			
กลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่	41 (17.30)	196 (82.70)	< .001
กลุ่มภารกิจที่ไม่ต้องลงพื้นที่	49 (33.33)	98 (66.67)	
การวางแผนออกจากงาน			
มี	89 (23.54)	289 (76.46)	.693
ไม่มี	1 (16.67)	5 (83.33)	

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .001$) สถานภาพสมรส ($p < .001$) อายุการทำงาน ($p < .001$) ตำแหน่งงานปัจจุบัน ($p < .05$) สถานที่

ปฏิบัติงาน ($p < .001$) รายได้ต่อเดือน ($p < .001$) ความเพียงพอของรายได้ ($p < .001$) และลักษณะที่อยู่อาศัย ($p < .001$) ส่วนเพศ และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 384)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเครียด		p
	มีความเครียด	ไม่มีความเครียด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	31 (26.50)	86 (73.50)	.173
หญิง	54 (20.22)	213 (79.78)	
อายุ			
15-29 ปี	10 (20.41)	39 (79.59)	< .001
30-44 ปี	49 (19.92)	193 (80.08)	
45-59 ปี	4 (5.63)	67 (94.37)	
สถานภาพสมรส			
โสด	41 (37.61)	68 (62.39)	< .001
คู่	6 (31.58)	13 (68.42)	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	33 (14.54)	194 (85.46)	
ม้าย	5 (17.24)	24 (82.76)	
อายุการทำงาน			
ต่ำกว่า 1 ปี	6 (16.22)	31 (83.78)	< .001
1-5 ปี	28 (27.72)	73 (72.28)	
6-10 ปี	26 (56.52)	20 (43.48)	
11-15 ปี	2 (18.18)	9 (81.82)	
16-20 ปี	3 (4.48)	64 (95.52)	
21-25 ปี	5 (7.46)	62 (92.54)	
สูงกว่า 25 ปี	15 (27.27)	40 (72.73)	
ตำแหน่งงานปัจจุบัน			
ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ	74 (22.98)	248 (77.02)	.025
พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว	2 (5.41)	35 (94.59)	
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	5 (41.67)	7 (58.33)	
ลูกจ้างเหมาจ่าย/รายเดือน	4 (30.77)	9 (69.23)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 384) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเครียด		p
	มีความเครียด	ไม่มีความเครียด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานที่ปฏิบัติงาน			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	14 (43.75)	18 (56.25)	< .001
โรงพยาบาลศูนย์	2 (14.29)	12 (85.71)	
โรงพยาบาลชุมชน	34 (22.37)	118 (77.63)	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	15 (41.67)	21 (58.33)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	20 (13.33)	130 (86.67)	
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 10,000 บาท	8 (28.57)	20 (71.43)	< .001
10,000–20,000 บาท	18 (19.15)	76 (80.85)	
20,001–30,000 บาท	35 (46.05)	41 (53.95)	
30,001–40,000 บาท	5 (7.58)	61 (92.42)	
40,001–50,000 บาท	5 (8.06)	57 (91.94)	
มากกว่า 50,000 บาท	14 (24.14)	44 (75.86)	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ เหลือเก็บ	95 (84.07)	18 (15.93)	< .001
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	156 (90.17)	17 (9.83)	
ไม่เพียงพอ	48 (48.98)	50 (51.02)	
โรคประจำตัว			
มี	62 (22.06)	219 (77.94)	.956
ไม่มี	23 (22.33)	80 (77.67)	
ลักษณะที่อยู่อาศัย			
หอพักของหน่วยงาน (สวัสดิการ)	13 (44.83)	16 (55.17)	< .001
บ้าน/คอนโดมิเนียมของตนเอง	55 (17.08)	267 (82.92)	
บ้านเช่า/ห้องเช่า	17 (51.52)	16 (48.48)	

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทาง

การแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ($p < .001$) และบทบาทหน้าที่หลัก ($p < .01$) ส่วนการวางแผนออกจากงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานตามระบบการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ($n = 384$)

ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงาน	ความเครียด		<i>p</i>
	มีความเครียด	ไม่มีความเครียด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน			
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	12 (48.00)	13 (52.00)	< .001
8-12 ชั่วโมง	60 (20.00)	240 (80.00)	
13-16 ชั่วโมง	7 (20.00)	28 (80.00)	
มากกว่า 16 ชั่วโมง	14 (58.33)	10 (41.67)	
บทบาทหน้าที่หลัก			
กลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่	35 (14.77)	202 (85.23)	.001
กลุ่มภารกิจที่ไม่ต้องลงพื้นที่	50 (34.01)	97 (65.99)	
การวางแผนออกจากงาน			
มี	85 (22.49)	293 (77.51)	.188
ไม่มี	0 (0.00)	6 (100.00)	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 57.55 และส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปกติ (ร้อยละ 77.86) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ประยะหนึ่งแล้ว บุคลากรทางการแพทย์อาจมีการปรับตัวยอมรับบทบาท

หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้แล้วในระดับหนึ่งทั้งกับสถานการณ์การระบาดและภาระงานที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งงานมีความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรารุณี เกรียงบุรพา, รมร แยมประทุม, และณลินี กัทรากรกุล (2564) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 22.90 และสอดคล้องกับการศึกษาของชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ

(2564) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือมีภาวะเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 62.23 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันชัย จันทะชา (2565) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.41

ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 45–59 ปี มีความทุกข์ของการมีปัญหสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 59.55) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุมากส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุหรือเด็ก จึงกลัวการนำเชื้อโรคมารั่วสู่คนในบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุมากอาจมีโรคประจำตัว ทำให้กลัวติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุน้อย และพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุอยู่ในช่วง 15–29 ปี มีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 20.41) ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีประสบการณ์มากพอในการรับมือกับแรงกดดันในการทำงาน ขาดทักษะในการจัดการความเครียด และอาจไม่ได้รับการสนับสนุนหรือคำแนะนำที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang, Meredith, and Khan (2015) ที่พบว่า บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีระดับความเครียดสูงกว่าบุคลากรที่มีอายุมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai and Tsou (2022) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มที่มีอายุน้อย (ช่วง 20–40 ปี) มีระดับความเครียดและภาวะหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากเป็นวัยเริ่มต้นการทำงาน ต้องเผชิญกับความท้าทายในการเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาการทำงาน อีกทั้งต้องจัดการกับความขัดแย้งระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน จึงอาจทำให้กลุ่มวัยนี้ยังขาดทักษะในการรับมือและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทาง

การแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความทุกข์ของการมีปัญหสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 94.74) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องทำงานหนักมากขึ้น ทำให้ห่างจากครอบครัว ไม่ได้พบคู่สมรสหรือบุตร อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีปัญหสุขภาพจิตได้ และพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 37.61) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพบปัญหาจากการทำงาน ไม่สามารถปรึกษาหรือระบายความในใจให้คนในครอบครัวฟังได้ หรืออาจไม่มีวิธีจัดการความเครียดได้ดีเท่าผู้ที่สมรสคู่ ที่อาจมีการจัดการความเครียดได้ดีกว่าจากการมีภาระและความรับผิดชอบที่ต้องดูแลคนในครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล (2563) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า อายุการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุการทำงานสูงกว่า 25 ปี มีความทุกข์ของการมีปัญหสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 61.82) ทั้งนี้เนื่องจากมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานน้อยกว่า ผู้ที่มีอายุการทำงานน้อย จึงมีการปรับตัวต่องานที่ได้รับมอบหมายในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้น้อยกว่า ทำให้เกิดปัญหสุขภาพจิตได้มากกว่า และพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุการทำงาน 6–10 ปี มีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 56.52) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุการทำงานที่น้อยทำให้มีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาต่างๆ น้อยกว่าผู้ที่มีอายุการทำงานมาก จึงอาจเกิดความเครียดตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี เหลืองอภิชาติ (2567) ที่พบว่า จำนวนปีที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับความเครียดและภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า สถานที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีความชุกของการมีปัญาสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 71.43) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก อาจรับผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกจังหวัด จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอกับภาระงานในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค และอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไม่เพียงพอ ประกอบกับมีภาระงานและชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้น อีกทั้งมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อในการสัมผัสผิวดูแลรักษาผู้ป่วย แม้จะสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองแล้วก็ตาม ทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ เกิดการเจ็บป่วย หรืออาจวิตกกังวลว่าตนเองจะนำเชื้อแพร่ไปสู่คนในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lai et al. (2020) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลอุษัณมีปัญาสุขภาพจิต ร้อยละ 50.40 ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความชุกของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 43.75) ทั้งนี้เนื่องจากต้องทำงานภายใต้ความกดดันโดยมีความคาดหวังในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในจังหวัด การทำงานที่ต้องมีการประสานกับหลายหน่วยงาน การจัดหาและจัดสรรทรัพยากรในการป้องกันควบคุมโรคแก่บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ การจัดประชุมเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกับระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ การสนับสนุนทีมแก่พื้นที่ในการสอบสวนควบคุมโรคที่มีการระบาดของคลัสเตอร์ต่างๆ การบริหารจัดการและการวางแผนการทำงานในจังหวัดแก่พื้นที่ อีกทั้งต้องรับข้อสั่งการจากผู้บริหาร มีการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ ต้องจัดเตรียมข้อมูลและเอกสารการประชุมในช่วงการระบาดของโรคเกือบทุกวัน ทำให้บุคลากรทาง

การแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความชุกของการมีความเครียดสูงสุด

ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความชุกของการมีปัญาสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 60.61) และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บมีความชุกของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 90.17) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายถือเป็นปัญหาใหญ่สำหรับมนุษย์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความไม่เพียงพอของรายได้จะส่งผลให้บุคคลมีความวิตกกังวล มีความเครียดที่ต้องบริหารจัดการรายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่ายนี้ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญาสุขภาพจิตตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล (2563) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับปัญาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kisely et al. (2020) ที่พบว่า การมีบุคคลที่ต้องดูแล และการมีปัญาด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้ที่ต่ำหรือไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่อาศัยในบ้านเช่า/ห้องเช่ามีความชุกของการมีปัญาสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 60.61) และมีความชุกของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 51.52) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เช่าบ้านหรือเช่าห้องพักมักอาศัยอยู่ตามลำพัง เมื่อประสบปัญาความเหนื่อยล้าหรือความเครียดจากที่ทำงาน ต้องการพูดคุยระบายความในใจ หรือต้องการผู้อยู่เคียงข้างให้กำลังใจ อาจขาดที่พึ่ง จึงเกิดความเครียดสะสม และอาจเกิดปัญาสุขภาพจิตตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวรารุณี เกรียงบุรพา และคณะ (2564)

ที่พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19

ผลการวิจัยพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความทุกข์ของการมีปัญาสุขภาพจิตมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีโรคประจำตัวไม่คุ้นชินกับการเจ็บป่วยหรือมีปัญาสุขภาพ จึงมีความวิตกกังวลหรือกลัวการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรวงวุฒิ ชนะอุดมสุข และธีระรุชรธรรมกุล (2565) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข

ผลการวิจัยพบว่า ตำแหน่งงานปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 41.67) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมักอยู่ในวัยทำงานตอนต้น ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานน้อย อาจได้รับมอบหมายงานที่มากจากหัวหน้างานหรือผู้บริหาร จึงมีชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป ทำให้เกิดความเครียดตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ บางผึ้ง (2565) ที่พบว่า ตำแหน่งงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท มีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 46.05) ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า การมีรายได้ค่อนข้างน้อยในยุคที่ค่าครองชีพสูงเป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องบริหารจัดการรายได้ให้เพียงพอ กับรายจ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kisely et al. (2020) ที่พบว่า การมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้ที่ต่ำหรือไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 16 ชั่วโมง มีความทุกข์ของการมีปัญาสุขภาพจิตสูงสุด (ร้อยละ 62.50) และมีความทุกข์ของการมีความเครียดสูงสุด (ร้อยละ 58.33) ทั้งนี้เนื่องจากการมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องทำงานภายใต้ความกดดันและความคาดหวังจากผู้ป่วยและญาติ ประกอบกับการต้องทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ต้องห่างจากครอบครัว และการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในชั่วโมงที่น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวรารุณี เกรียงบุรพา และคณะ (2564) ที่พบว่า ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่า บทบาทหน้าที่หลักมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่หลักอยู่ในกลุ่มภารกิจที่ไม่ต้องลงพื้นที่ที่มีความทุกข์ของการมีปัญาสุขภาพจิต และการมีความเครียดมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่หลักอยู่ในกลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มภารกิจที่ไม่ต้องลงพื้นที่ มีลักษณะการทำงานภายใต้ความเครียดความกดดันในระยะเวลาการทำงานที่เร่งรีบ โดยต้องติดตามข้อมูลจากกลุ่มที่ลงพื้นที่เพื่อนำมารวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ และนำเสนอแก่ผู้รับ

บริหารในระยะเวลาที่เร่งรีบ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์หรือออกมาตรการเพื่อลดการระบาดและความรุนแรงของโรค ประกอบกับต้องปฏิบัติงานโดยไม่มีช่วงเวลาด่อนคลายจากสิ่งแวดล้อม อีกทั้งการติดตามข้อมูลจากกลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่ อาจพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยล่าช้า ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวล และอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยด้านกลุ่มงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารหรือหัวหน้างานควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามและวางแผนส่งเสริมป้องกัน และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยศึกษาให้ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ในระดับต่างๆ และในพื้นที่ปฏิบัติงานที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองการทำงานที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและประเด็นปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). *ข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ (จากระบบ MENTAL HEALTH CHECK IN)*. สืบค้นจาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
- การดูแลจิตใจบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. (2563). สืบค้นจาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/2020042022117058.pdf>
- จันทร์ชัย จันทร์ชะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 285–299.
- ชลอวัฒน์ อินปา, และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19. *เขียนรายเวชสาร*, 13(2), 153–165.
- ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข, และธีระวุธ ธรรมกุล. (2565). ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปรานบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 20(1), 63–76.
- ภาวณิ เหลืองอภิชาติ. (2567). โครงการสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟและความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี. *มหาสารนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 8(1), 98–106.
- มณี สุขประเสริฐ, เจนจิรา สลึงค์, และพรรณพร กะตะจิตต์. (2565). *Photo Book COVID-19 2563–2564 เหตุการณ์ระทึกโลก*. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค.

- รุ่งทิพย์ บางผึ้ง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(1), 41–57.
- วรารุณี เกรียงบุรพา, รมร แยมประทุม, และณลินี ภัทรากรกุล. (2564). สภาวะทางจิตใจ กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. *บุรพาเวชสาร*, 8(1), 56–67.
- วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดลำปาง ปี 2565*. ลำปาง: ผู้แต่ง.
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). *Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China*. Retrieved from <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1.full-text>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369, m1642. doi:10.1136/bmj.m1642
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. doi:10.1177/001316447003000308
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Tsai, H. J., & Tsou, M. T. (2022). Age, sex, and profession difference among health care workers with burnout and metabolic syndrome in Taiwan Tertiary Hospital–A cross-section study. *Frontiers in Medicine*, 9, 854403. doi:10.3389/fmed.2022.854403
- World Health Organization. (2021). *Timeline: WHO's COVID-19 response*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>
- Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 15–20. doi:10.1016/j.ajp.2015.04.005

แนวคิดทางพระพุทธศาสนากับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง Buddhism Concepts and Caring for Patients with Traumatic Brain Injury

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ¹

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: April 23, 2025 Revised: May 7, 2025 Accepted: June 21, 2025

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและพรัองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจึงต้องการญาติผู้ดูแลในการดูแลระยะยาว หากญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ หรือเหนื่อยล้า ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล หรือท้อแท้ และผลกระทบด้านสังคม เช่น การแยกตัวจากสังคม หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้น แนวคิดทางพระพุทธศาสนาจะช่วยปรับมุมมองกับปัญหาและเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พระพุทธศาสนา

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

Abstract

Patients with traumatic brain injuries result in physical and mental disabilities. These patients are dependent and lack the ability to perform daily activities. Therefore, patients need family caregivers to take care of them in the long term. If family caregivers take care of the patient for a long time, it will affect the relatives physically, such as insomnia or fatigue, affect their psychological problems such as stress, anxiety, or discouragement, and affect their social aspects, such as social isolation. If family caregivers cannot manage or face these problems, it may affect their lives. Therefore, Buddhism concepts will help adjust the perspective on the problems and serve as a mental support for family caregivers who take care of patients with traumatic brain injuries and have to take on the role of caring for the patient in the long term.

Keywords: Family caregivers, Patients with traumatic brain injury, Buddhism

บทนำ

ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องเป็นภาระของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) ญาติผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวสูญเสียรายได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เป็นทางลบ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย 12.83 ชั่วโมงต่อวัน และเฉลี่ย 6.40 วันต่อสัปดาห์ (Khiewchaum, Wongprakod, Hinkhaw, & Leaungsomnapa, 2022) และญาติผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนสูงในการดูแลผู้ป่วยที่พิการหรือติดเตียง เพราะการดูแลนั้นใช้เวลานานจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับมาดูแลตนเองได้หรืออาจไม่หายจากความพิการ จนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงไปตลอดชีวิต (พระยงค์ยุทธ ธรรมโม, พระครูภาวนาโพธิคุณ, และจรัส ลีทา, 2564) การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ หรือความดันโลหิต

เพิ่มขึ้น นอกจากญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ยังได้รับผลกระทบด้านจิตใจด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยพิการหรือติดเตียงเป็นเวลานานทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และความเครียดของญาติผู้ดูแลจะทวีความรุนแรงมากขึ้นหากอาการของผู้ป่วยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในทางลบ เช่น ละทิ้งผู้ป่วย ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเล่นการพนัน ซึ่งผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพมักมีความทุกข์จากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ มีอาการไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เครียดสะสมเป็นเวลานาน ทำให้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ คิดในทางลบ ซึ่งส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก (จิรัฐติกาล ศิลปสุวรรณ และอัมพวรรณ ธาภาศ, 2567) ทั้งนี้ วิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาทางบวกที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพเลือกปฏิบัติ คือ การใช้พระพุทธศาสนาช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจและบำบัดความทุกข์จากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ทำให้มุมมองการดูแลผู้ป่วยและการใช้ชีวิตของญาติผู้ดูแลดีขึ้น สร้างความสุขให้กับตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ดี (wellness) ของญาติผู้ดูแลดีขึ้นใน

ระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Khiewchaum et al., 2022) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เพื่อประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ในการปรับมุมมองความคิดและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

แนวคิดทางพระพุทธศาสนาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพ ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าได้ การใช้แนวคิดทางพระพุทธศาสนา อาจเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจหรือเครื่องนำทางให้กับญาติผู้ดูแลซึ่งเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอันเป็นเหตุแห่งทุกข์ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการดับทุกข์ โดยใช้อริยสัจ 4 เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

การใช้หลักอริยสัจ 4 (the four noble truths) กับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพคือความทุกข์ที่เกิดขึ้นสำหรับญาติผู้ดูแลในระยะยาว ซึ่งไม่มีกำหนดว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ หดหู่ และเกิดความเครียด ทั้งนี้ ชาวพุทธใช้ธรรมะเป็นเครื่องนำทางเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่เข้ามาในการดำเนินชีวิต โดยหลักอริยสัจ 4 เป็นหลักธรรมที่เป็นความจริงในการแสวงหาจุดมุ่งหมายของชีวิตและแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต ญาติผู้ดูแล

ที่อยู่ในสถานการณ์ยากลำบากหรือมีปัญหาในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพควรนำหลักอริยสัจ 4 มาเป็นแผนที่นำทางชีวิต เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพในระยะยาว จากการศึกษาของพระครูศรีปริยัติวิธาน (2563) อธิบายว่า การใช้วิธีคิดและการแก้ไขปัญหาที่เป็นเหตุของความทุกข์นั้น คือ การใช้หลักอริยสัจ 4 ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรู้ปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา การกำหนดเป้าหมายในการดับปัญหา และการปฏิบัติตามแนวทางที่นำไปสู่การดับปัญหา โดยอริยสัจ 4 มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ทุกข์ คือ สถานการณ์หรือสภาพที่ทนได้ยาก หรือสภาวะที่บีบคั้นทางจิตวิญญาณ ได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาหรือไม่พึงพอใจ ความทรมานจากการเจ็บป่วย การพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก โดยทุกข์ของญาติผู้ดูแล คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลต้องทุกข์ทรมานกับสถานการณ์ที่ไม่รู้อนาคตว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือไม่ แต่โดยแท้จริงแล้วอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพจะทรุดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงถาวร และอาจเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อน ภาระหน้าที่กับการรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองคือ ความทุกข์ ดังคำพูดจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง “ไม่รู้ใครจะตายก่อนกัน เรายืนและจะตายก่อน ตาแก่เป็นที่สมองไม่รับรู้อะไร แต่เราต้องอยู่ดูแลนี้แหละ ไปไหนก็ไม่ได้ เหนื่อยมาก”



ภาพที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน
ซึ่งเป็นความทุกข์ของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว
(ได้รับการอนุญาตให้ถ่ายภาพได้ เพื่อใช้ในการศึกษา)

2. สมุทัย คือ สาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ และความรู้แจ้งเหตุแห่งทุกข์ โดยสาเหตุของทุกข์ คือ ตัณหา ซึ่งเป็นความทะยานอยาก ความดิ้นรน ความปรารถนา ความกระหาย ตัณหาเป็นภาวะที่ทำให้จิตใจเสียความสมดุล ไม่รู้จักเต็ม ต้องการหาสิ่งที่ตนเองอยากมาเติมอยู่เรื่อยๆ ตัณหาประกอบด้วย 3 ประการ (พระสมณชยาโต และพระสิริวัฒน์ ปิยสิโล, 2566) ได้แก่ 1) กามตัณหา คือ ความดิ้นรนทะยานอยากในกามและความต้องการทางประสาททั้ง 5 หมายถึง สิ่งที่เรารักใคร่ปรารถนาอยากได้หรือพอใจ 2) ภวตัณหา คือ ความอาลัยและความอยากทั้งหลาย เช่น อยากมี อยากได้ หรืออยากเป็น และ 3) วิภวตัณหา คือ ความดิ้นรนหรือหลีกเลี่ยง และความไม่อยากจะทั้งหลาย เช่น ไม่อยากทำ ไม่อยากอยู่ ไม่อยากเป็น หรือไม่อยากมี สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพ สาเหตุ

แห่งทุกข์ คือ วิภวตัณหา อันเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาความไม่อยากจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีแต่ความเบื่อหน่าย ยากลำบากกับการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พร้อมความสามารถในการดูแลตนเองต้องการ คือ “อยากหลีกเลี่ยงจากบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย” “ทำไมต้องเป็นหน้าที่ตนในการดูแลผู้ป่วย” “อยากหนีไปไกลๆ” หรือ “เหนื่อย ไม่อยากอยู่อยากตาย” เป็นต้น (Khiewchaum et al., 2022) อย่างไรก็ตาม แม้การดูแลผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล แต่ก็อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขได้ เช่น กรณีที่บุตรชายต้องลาออกจากโรงเรียนเพื่อดูแลมารดาที่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งบุตรชายกลับคิดในแง่บวกว่า “ผมก็สามารถตอบแทนบุญคุณแม่ได้ก็ตอนนี้ละครับ ท้อบ้าง เหนื่อยบ้าง พอเห็นหน้าแม่ ก็ต้องสู้ต่อไปครับ”



ภาพที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องใส่ท่อช่วยหายใจ โดยบุตรชายต้องลาออกจากการเรียนเพื่อดูแลมารดาที่มีภาวะทุพพลภาพ เหตุแห่งทุกข์ คือ การดูแลมารดาที่มีภาวะทุพพลภาพโดยไม่มีทำที่ว่าอาการจะดีขึ้น

3. นิโรธ คือ ภาวะหมดทุกข์หรือปัญหา ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของมนุษย์ เป็นการดับสิ้นแห่งตัณหา ความอยากได้ใคร่ดี ไม่อาลัยพัวพันกับตัณหา เป็นสภาพที่ไม่เกิดทุกข์ ซึ่งหลักทางพระพุทธศาสนาไม่ได้มีมุมมองชีวิตและการมองโลกในแง่ร้ายเพียงอย่างเดียว หรือมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นล้วนแล้วเป็นทุกข์ (พระอนันตชัย อภินนฺโท, 2560) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการมองเรื่องอริยสัจ 4 เป็นหนทางแห่งการดับทุกข์ โดยนิโรธชี้ให้เห็นว่าทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทุกข์หรือปัญหาที่ทำให้จิตใจงุ่นงันวุ่นวาย กระวนกระวาย ท้อแท้สิ้นหวัง หลีกหนีปัญหาชั่วคราวชั่วครวญ คือ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพในระยะเวลายาวนาน ไม่มีระยะเวลาที่จะสิ้นสุดเมื่อใด ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่สมองซึ่งมีการสูญเสียรายได้สำหรับญาติผู้ดูแลที่ต้องออกจาก

งานมาดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมีจำนวนมาก ไม่สอดคล้องกับรายรับ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย อยากหลีกหนีปัญหา โดยแนวทางแห่งการดับทุกข์หรือนิโรธ ได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางแห่งการดับทุกข์สำหรับญาติผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลซึ่งนิโรธมีส่วนประกอบ ดังนี้ (แมนเหมือน สิริศักดิ์, 2561)

3.1 วิชฌมกนิโรธ คือ การดับความทุกข์ด้วยการชม โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพจำเป็นต้องมีการฝึกฝนจิตใจให้เข้มแข็งเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองว่าความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นธรรมดา เกิดขึ้นแล้วต้องดับไป ดังสามัญของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกล่าวว่า “ทุกข์ไปก็ไม่ได้ทำอะไรดีขึ้น ผมก็จะแหย่ลงด้วย ปรับที่ความคิดเราก่อนนี้แหละครับ” (รุ่งนภา เขียวชะอำ, อรพรรณ บุญลือ, และสรีรยา วงศ์ปรากฏ, 2565)



ภาพที่ 3 สามีนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพ ใช้ธรรมะกับความรักที่มีต่อภรรยา เพื่อดูแลภรรยาด้วยความเข้าใจในเหตุแห่งทุกข์ที่เกิดขึ้นและดับไป

3.2 ตังคนโรห คือ การดับโมหะหรือ โทสะด้วยขันติ ซึ่งเป็นหลักธรรมแห่งความอดกลั้น เพื่อหยุดหรือระงับอาการโกรธ โมโห เกรี้ยวกราด หากต้องเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดโมหะ หรือโทสะในระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่มีภาวะทุพพลภาพ

4. มรรค คือ แนวทางการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ การดับทุกข์ เป็นแนวทางที่พึงามที่ควรเลือกปฏิบัติให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เพราะชาวพุทธเชื่อ ในกฎแห่งกรรม “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” (แม้เหมือน สัทธัมมปิฎก, 2561) การปรับเปลี่ยนสิ่งที่ไม่ดีที่ผ่านมา คือ โมหะ โทสะ ของญาติผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ทุกข์) ญาติผู้ดูแลจะพิจารณาได้ว่าอะไรคือการกระทำตามเหตุ ที่ไม่ดี (สมุทัย) ทุกข์และสมุทัยจึงเป็นอดีตที่ผ่านมาเพื่อ เป็นแบบฝึกหัดสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อปรับพฤติกรรม ความคิด หรือมุมมองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (มรรค) เพราะมรรคหรือแนวทางที่เป็นทางออกแห่งทุกข์ หากญาติผู้ดูแลปฏิบัติหรือกระทำตามแนวทางเชื่อว่า จะได้ผลที่ดี ปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง

คือความดับทุกข์ (นิโรธ) แนวทางในการจัดการเหตุ แห่งทุกข์ ซึ่งเรียกว่า มรรคมรรค 8 มีรายละเอียดดังนี้ (แม้เหมือน สัทธัมมปิฎก, 2561)

4.1 สัมมาทิฏฐิ (การเห็นชอบ) หมายถึง การลงมือกำจัดทุกข์ โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ สมองที่มีภาวะทุพพลภาพควรใช้สติปัญญาในการเลือก ปฏิบัติในสิ่งที่ดี ไม่เกิดโทษ ไม่ทำหรือปฏิบัติด้วยความ หลงผิดหรือทำโดยไม่รู้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองควรมีการสำรวจตนเองก่อนลงมือแก้ไข ปัญหาหรือเอาชนะความทุกข์ที่เกิดขึ้นในระหว่างให้ การดูแลผู้ป่วย

4.2 สัมมาสังกัปปะ (การดำริชอบ) หมายถึง การใช้สมองในการพิจารณาแนวทางที่จะนำไปสู่การทำ สิ่งดี ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพ หากจะลงมือปฏิบัติเพื่อเอาชนะเหตุแห่งทุกข์ ก็ต้อง ปฏิบัติสิ่งดีที่แก้ไขปัญหได้อย่างแท้จริง ไม่ใช่แก้ทุกข์ ของเราแล้วไปเกิดทุกข์กับบุคคลอื่นต่อ เช่น ต้องการ ออกจากเหตุแห่งทุกข์ คือ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยปล่อยหรือละทิ้งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้กับชุมชน และตนเองหลีกเลี่ยงหนีออกจากบทบาทหน้าที่และความ

รับผิดชอบ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลต้องฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจหรือสติ เพื่อกำจัดความคิดให้ปราศจากโลภะ โทสะ หรือโมหะ จึงจะสามารถเอาชนะความทุกข์ได้อย่างเหมาะสม

4.3 สัมมาวาจา (เจรจาชอบ) คือ การแก้ไข ปัญหาเหตุแห่งทุกข์ และการใช้ชีวิตประจำวันด้วยคำพูด หรือวาจาที่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบริบทนั้น ๆ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พร้อมการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการดูแลทั้งหมด ซึ่งอาจสร้างความหงุดหงิด หรือความเบื่อหน่ายให้กับญาติผู้ดูแล จึงมีโอกาที่ ญาติผู้ดูแลจะระบายความรู้สึกรัดอั้นหรือสิ่งที่อยู่ในใจ ของตนออกมาเป็นคำพูดหรือวาจาที่ส่อเสียด ส่งผลให้ ผู้ป่วยหรือผู้ฟังเกิดความไม่สบายใจ ดังนั้น ญาติผู้ดูแล ควรฝึกการมีสติทุกครั้งที่เปล่งวาจา ควรคิดก่อนพูด “ก่อนพูดเราเป็นนาย หลังพูด คำพูดนั้นเป็นนายเรา” พูดในสิ่งที่สร้างสรรค์ ไม่ทำร้ายจิตใจผู้ป่วยหรือผู้ฟัง

4.4 สัมมากัมมัมมันตะ (พฤติกรรมชอบ) คือ การกระทำในทางดีงาม ทำแต่สิ่งดีหรือพฤติกรรมที่ดี ไม่สร้างความเดือดร้อน เบียดเบียนใคร หรือทำให้คนอื่น เกิดทุกข์กายและใจ ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตาอย่างสม่ำเสมอ โดยญาติผู้ดูแลต้องฝึกฝนการมีสติ คิดพิจารณาทุกครั้ง ก่อนกระทำ จะช่วยลดโอกาสการกระทบกระทั่งด้าน ร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วยหรือคนรอบข้าง หากญาติผู้ดูแลปฏิบัติจนเป็นปกติวิสัย ความทุกข์ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญ หรือประสบพบเจอ ก็อาจเหลือเพียงความทุกข์ที่เกิด จากภายนอกเท่านั้น

4.5 สัมมาอาชีวะ (ประกอบอาชีพชอบ) คือ การประกอบอาชีพสุจริตและประกอบอาชีพที่ สร้างความเจริญต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อสังคม และต่อ ประเทศชาติ ซึ่งสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ สมองอาจทำให้ญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อ ออกมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (รุ่งนภา เขียวชะอำ,

ศรีสุตา งามขำ, และมาฆะ กิตติธรรกุล, 2556) ทำให้ สูญเสียรายได้ แต่รายจ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลับเพิ่ม มากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจทำในสิ่งที่ ไม่ถูกต้อง ดังนั้น ญาติผู้ดูแลต้องฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อเอาชนะกิเลสหรือสิ่งที่ไม่ดี และมีสติในการคิดหา หนทางที่เหมาะสมและถูกต้อง ได้แก่ การหาแหล่ง ประโยชน์ที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย เช่น สังคมสงเคราะห์ หรือชุมชน

4.6 สัมมาวายามะ (ความเพียรชอบ) คือ พยายามที่จะดำรงตนอยู่ในเส้นทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ป็นอกุศลกรรม หมั่นเตือนตนเองเสมอว่าหากกระทำสิ่งไม่ดีตั้งแต่อดีต ปัจจุบันต้องเลิกแล้วหันมาทำความดี “การทำความดี อาจฝืนความต้องการด้านมืดของจิตมนุษย์ แต่ใน อนาคตจะประสบสิ่งที่ดี การทำความชั่วท้ง่าย แต่ การกระทำจะส่งผลให้เกิดทุกข์ สุขไม่นาน” ญาติผู้ดูแล ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวควรเห็นว่าการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองเป็นสิ่งที่ ซึ่งต้องใช้ความเพียร อดทน ในการทำความดี แต่ความดีนี้คงทนและยั่งยืน ไม่ก่อให้เกิดทุกข์เพิ่มมากขึ้น และความเพียรที่เกิดขึ้นในญาติ ผู้ดูแลยังบรรเทาความทุกข์ในชีวิต

4.7 สัมมาสติ (การมีสติเสมอ) คือ การตั้งตน อยู่ในความมีสติ ตระหนักรู้ว่ากำลังคิดหรือทำอะไร ไม่ประมาท เผลอโผลลลืมตัว เตือนตนเสมอว่าทำในสิ่งที่ ถูกต้อง และละเว้นจากการทำสิ่งไม่ดี โดยเฉพาะ ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะ ทุพพลภาพ เมื่อมีปัญหาเข้ามาในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ควรใช้สติในการคิดพิจารณาว่าควรทำสิ่งใด ไม่ตัดสินใจ โดยใช้อารมณ์ หากพลั้งเผลอ สติหลุด ต้องรีบเตือน ตนเองและเรียกสติกลับคืนมาให้เร็วที่สุด ใช้สติพิจารณา ให้เท่าทันอารมณ์ ให้รู้ว่ากำลังโกรธ กำลังท้อแท้ กำลัง เบื่อหน่าย หรือกำลังเครียดหรือไม่ การใช้สติในการ ไตร่ตรองเพื่อที่ญาติผู้ดูแลจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง

4.8 สัมมาสมาธิ (การมีสมาธิตั้งมั่นอยู่ใน ทางที่ชอบ) คือ การยึดมั่น ใจเราอยู่เหนือโลภะ โมหะ

และโทษ ให้จิตใจเข้มแข็งและอยู่ในทิศทางที่ดี เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดทุกข์กายและทุกข์ใจ ญาติผู้ดูแลเมื่อฝึกสมาธิก็จะมีพลังและพิจารณาความทุกข์นั้นอย่างมีสติ มีเหตุมีผล ไม่ปล่อยความคิด อารมณ์ให้แปรปรวนไปกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ ให้มีความมั่นคงด้านจิตใจ

สรุป

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อใด ไม่มีระยะเวลาที่กำหนดแน่นอน การดูแลผู้ป่วยจึงกลายเป็นภาวะบีบคั้นทางจิตใจสำหรับญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดหรือวิตกกังวล หากญาติผู้ดูแลไม่มีเครื่องหมายในการปรับตัวหรือรับมือกับสถานการณ์แห่งทุกข์นี้ จะทำให้ญาติผู้ดูแลคิดและตัดสินใจทำพฤติกรรมที่เป็นอกุศลกรรมในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น อริยสัจ 4 จึงเป็นหัวใจของหลักธรรมที่ชาวพุทธนำมาเป็นแนวทางในการใช้ชีวิต โดย 1) พิจารณาด้วยสติว่าอะไรคือทุกข์ ทุกข์จากการต้องรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 2) สมุทัย สิ่งใดคือเหตุแห่งทุกข์ คือ การมีโลภะ โมหะ และโทสะ 3) นิโรธ คือ หนทางแห่งการดับทุกข์ การสามารถหยุดโทษ ความเครียดวราด การควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นรับรู้สติได้อย่างรวดเร็วว่าขณะนี้กำลังโมโห โกรธ ให้เรียกสติกลับมาให้เร็วที่สุดและรับรู้ว่าการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นเป็นธรรมชาติของมนุษย์ และ 4) ปฏิบัติในสิ่งที่ชอบที่ควร คือ การปฏิบัติตามมรรคมีองค์ 8 หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองใช้ธรรมะนำทางจะทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตและมีความผาสุกในช่วงที่รับบทบาทหน้าที่ญาติผู้ดูแล และหากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลจะไม่ติดค้างใจ เพราะทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเท่าที่ตนเองจะสามารถทำได้

เอกสารอ้างอิง

- จิรจิตกาล ศิลปสุวรรณ, และอัมพวรรณ ถากาศ. (2567). พระพุทธศาสนาเพื่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์จากภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 20(1), 98–112.
- พระครูศรีปริยัติวิธาน. (2563). ความคิดเห็นของประชาชนต่อการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามหลักอริยสัจ 4. *วารสารศิลปการ จัดการ*, 4(3), 521–536.
- พระยงคัยุทธ เทวธมโม, พระครูภาวนาโพธิคุณ, และ จรัส ลีทา. (2564). การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอ เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาจุฬาขอนแก่น*, 8(3), 378–391.
- พระสมพล ยสชาติ, และพระศิริวัฒน์ ปิยสิโล. (2566). สร้างความสุขจากหลักธรรมอริยสัจ 4. *วารสาร การบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 9(3), 415–426.
- พระอนันตชัย อภินนโท. (2560). ความทุกข์ในอริยสัจ 4. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 45–58.
- แมนเหมือน สิทธิศักดิ์. (2561). การประยุกต์หลัก อริยสัจ 4 สำหรับการพัฒนาตนและพัฒนางาน. *วารสารวิชาการ สถาบันพัฒนาพระวิทยากร*, 1(1), 54–66.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, และมาฆะ กิตติธรรณกุล. (2556). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียม ความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาล พระปกเกล้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 15–29.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ, อรพรรณ บุญลือ, และสริษยา
วงศ์ปราชญ์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการดูแล
ต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่
พร้อมความสามารถในการทำกิจกรรม โรงพยาบาล
พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี: การศึกษานำร่อง.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี,
33(2), 13–28.

Khiewchaum, R., Wongprakod, S., Hinkhaw, C.,
& Leaungsomnapa, Y. (2022). Caregivers
of older adults with chronic illnesses and
coping strategies and quality of life:
A convergent mixed methods study.
*International Journal of Public Health
and Health Sciences*, 4(2), 9–23. Retrieved
from [https://he01.tci-thaijo.org/index.php/
ijphs/article/view/255729/173295](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ijphs/article/view/255729/173295)

บนเส้นทางความเป็นมะเร็ง On the Way of Cancer Being

อึ้งบุญ

Received: May 2, 2025 Revised: June 24, 2025 Accepted: June 27, 2025

โรคร้ายไข้เจ็บเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อยากจะเจอ แต่ในความเป็นจริงย่อมหลีกเลี่ยงได้ยาก เราเป็นคนหนึ่งที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ไม่ว่าจะเป็นหัวใจเต้นผิดจังหวะ พังผืดที่ตับ หรือกระเพาะอาหารอักเสบ ผ่านการดมยาสลบเพื่อผ่าตัดนำมดลูกออกเมื่อปี 2559 ผ่านการจีหัวใจซึ่งเป็นหัตถการที่ทรมานมาก เมื่อปี 2564 และที่หนักที่สุด คือ การเป็นมะเร็งที่เต้านมข้างขวา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567 และได้รับการผ่าตัดนำเต้านมออกพร้อมเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตรวจ เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2568

บนเส้นทางความเป็นมะเร็ง เรามีประสบการณ์บางอย่างที่อยากเล่า เริ่มต้นจากการที่เรามีประวัติเป็นถุงน้ำพังผืดที่เต้านมทั้ง 2 ข้าง มาประมาณ 32 ปี พบแพทย์ตามนัดและติดตามอาการมาตลอด หมอนัดทำ Mammogram + U/S ทุก 1-2 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2567 พยาบาลโทรมาถามว่าเคยเป็นมะเร็งไหม เรบอกว่าไม่เป็น เหตุที่โทรมาถามคงเนื่องจากหมอรั้งสีอ่านผลการตรวจว่า BIRADS-4 ซึ่งแปลผลได้ว่า พบสิ่งผิดปกติที่มีโอกาสเป็นมะเร็งมากขึ้น ควรพิจารณาตรวจชิ้นเนื้อ เราได้วันนัดตรวจชิ้นเนื้อในวันที่ 12 ธันวาคม 2567 โดยเป็นการเจาะดูดหินปูนผ่านการทำ Mammogram เมื่อถึงวันนัด เราได้คิวที่ 3 กว่าจะได้ทำก็ประมาณเที่ยง ขณะที่นั่งรอหน้าห้องตรวจ มีคนไข้ที่ได้รับการเจาะเต้านมเรียบร้อยแล้วเดินผ่าน เราถามเขาว่าเจ็บมากไหม เขาตอบว่าไม่เจ็บมาก แต่สีหน้าไม่ได้บ่งบอกว่าเจ็บน้อย

จากนั้นพยาบาลก็พาเราไปที่ห้องเจาะเต้านม สามีรออยู่หน้าห้อง พอเข้าไปในห้อง มีการเตรียมความพร้อมโดยการปิดตา ถอดเสื้อท่อนบน พยาบาล 2-3 คน และหมอ 1 คน ก็พูดคุยกันเกี่ยวกับเครื่อง suction บอกว่าหัวดูดตัวนี้ไม่ค่อยดี ทำให้มาทำห้องนี้ เราเป็นคนไข้ก็ฟังไป รู้สึกกังวลนิดหน่อยว่าจะมีปัญหาระหว่างการทำไหม จากนั้นเจ้าหน้าที่ก็ทำการนำเต้านมข้างขวาใส่ไว้ระหว่างแผ่น 2 แผ่น บนและล่าง แบบว่าบีบแน่นมากเพื่อให้เต้านมแบน และบอกให้เราอยู่นิ่งที่สุด เพราะเดี๋ยวจะต้องแทงเข็มเข้าไปเพื่อนำหินปูนออกมาตรวจ มิฉะนั้นเข็มอาจแทงพลาดได้ จากนั้นหมอก็บอกว่าเจ็บนิดนึงนะ จะฉีดยาชา เรารู้สึกเจ็บพอทนได้ จากนั้นหมอก็บอกว่าขอใส่เข็มเข้าไปนะ ซึ่งเข็มนี้มีคุณสมบัติพิเศษ คือ ตรงปลายเข็มจะสามารถปล่อยเข็มเล็กๆ ออกมา เพื่อทำการคว้านเนื้อเยื่อที่ต้องการนำไปตรวจในหลายทิศทาง ในการเจาะเต้านมครั้งนั้น เราได้รับการเจาะหลายทิศทางเช่นกัน เพราะรู้สึกว่าแต่ละครั้งมีความเจ็บมากและรู้สึกเสียวขณะที่มีเสียงการเจาะดังครืดๆ เราจินตนาการภาพไปว่าเข็มกำลังเจาะ แล้วก็กำลังคว้านเนื้อเยื่อในเต้านม เราได้แต่อดทนอย่างเดียว นึกถึงพระรัตนตรัย ป๊าแม่ และสามี คิดในใจว่าต้องอดทน ต้องอดทน อีกแป๊บเดียวก็จะเสร็จแล้ว แต่แป๊บเดียวใช้เวลานานมาก ประมาณ 15 นาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่รู้สึกเจ็บปวด เกรียด และวิตกกังวล อีกอย่างคือปวดหลังมาก เพราะต้องนั่งเกร็งตัวอยู่ในท่าเดิมนานๆ

ในที่สุดก็ผ่านไปได้

หมอนัดฟังผลการตรวจในวันที่ 20 ธันวาคม 2567 เราพร้อมสามีเดินทางไปฟังผลด้วยกัน ในช่วง 8 วัน ที่รอฟังผล เราก็พยายามทำให้สบาย ไม่เครียด หรือวิตกกังวลมากนัก แต่มีความเชื่อในใจลึกๆ ว่าผลน่าจะออกมาปกติ อีกอย่างเราได้ไปขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย ก็เลยมั่นใจมากขึ้น พอถึงวันนัด ระหว่างที่รอหน้าห้องหมอ มีคนไข้ที่ฟังผลแล้วออกมาบอกว่า ผลปกติ เพื่อนๆ ที่อยู่หน้าห้องดีใจกันใหญ่ ระหว่างนั้นมีคนไข้หญิงที่เคยผ่านประสบการณ์การเป็นมะเร็งมาแล้ว เราดูจากการที่เขาผมร่วง และไม่ทุกข์ร้อนอะไรมากนัก ผู้หญิงคนนั้นบอกคนที่ออกมาจากห้องหมอว่าดีใจด้วยดีแล้วที่ไม่เป็นมะเร็ง เพราะถ้าเป็นก็ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5 ปีแหละ ในการรักษาในการดูแลจนกว่าจะถึงช่วงที่เรียกได้ว่าเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เราและสามีได้ฟังก็ดีใจกับเขาไปด้วย ที่นี้ก็ถึงคิวเรา พอเข้าไปในห้องคุณหมออายุราว 70 ปี ท่าทางใจดี เป็นหมอที่เคยตรวจกันมาเป็นประจำประมาณ 20 ปี หมอดูหน้าจอกอมพิวเตอร์ แล้วก็ชี้ให้เห็นตำแหน่งที่เข็มแทงเข้าไป ให้ดูภาพกลุ่มของหินปูนเล็กๆ แล้วหมอก็บอกว่า เออ ผลการตรวจไม่ค่อยดีนะ ตอนนั้นเราก็อึดใจตกไปอยู่ที่ตาตุ่มแล้ว สามีก็รู้สึกใจหายเช่นกัน จากนั้นหมอก็บอกว่า คุณเป็นมะเร็งนะ เรารู้สึกตัวชา พูดไม่ออก แต่ก็พยายามค้นคำถามออกไปว่า แล้วต้องทำอะไรบ้างคะ หมอบอกว่าต้องผ่าตัด การผ่าตัดก็มีหลายวิธี เดี่ยวจะส่งไปพบหมอที่คุยเรื่องการผ่าตัดนะ หลังผ่าตัดก็ต้องได้รับการรักษาเสริมซึ่งต้องดูอีกทีหนึ่งว่าเป็นวิธีไหน อย่างไร แล้วหมอก็บอกว่ามีโอกาสรักษาขาดได้ ยังไม่ต้องกังวลมากนัก เราก็รู้สึกใจชื้นขึ้นขึ้นมาดึ๋ง แต่ก็ยังรู้สึกมันแล้วที่วิตกกังวลคิดไปต่างๆ นานา ว่าชีวิตต่อไปจะเป็นอย่างไร จะต้องเผชิญกับอะไรบ้าง

เราและสามีเดินออกจากโรงพยาบาล ไปทานก๋วยเตี๋ยว ขณะอยู่ที่ร้านก๋วยเตี๋ยว จิตใจก็ฟุ้งซ่าน สามีไม่ได้พูดอะไร แต่คิดว่าเขาคงจะให้กำลังใจอยู่เงียบๆ เมื่อกลับมาถึงบ้าน แม่ถามว่า หมอบอกว่าอย่างไร

เราบอกว่า เป็นมะเร็งจริง ๆ แม่ก็หน้าเสีย แล้วก็เงียบไป เราคิดว่าแม่จะเครียดกับเรื่องของเรา เราเลยชวนคุยและทำนู่นทำนี่ แต่มันก็แทบจะฝืนความรู้สึกไม่ได้ เพราะในใจเต็มไปด้วยคำถามและความวิตกกังวล เรื่องนั้นเรื่องนี้มากมาย

ในที่สุดเราก็ได้วันผ่าตัดเป็นวันที่ 18 มกราคม 2568 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและใกล้ที่ทำงาน ก่อนผ่าตัดเราได้ไปทำบุญ ไหว้พระ ขอพร และได้บนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ 3 แห่ง เพราะว่าเราต้องดมยาสลบ และอายุก็มากขึ้น สิ่งทีกลัวมากในการผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบ คือ กลัวไม่ฟื้น นอกจากนี้ เราได้ทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศล ให้เจ้ากรรมนายเวรของคุณหมอที่เป็นสัลยแพทย์ และอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้แก่ท่านเทพเทวดาที่คุ้มครองตัวคุณหมอด้วย เพื่อความมั่นใจและลดความวิตกกังวลในการผ่าตัด อีกทั้งเรายังได้ทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศล ให้แก่เจ้ากรรมนายเวรที่เกี่ยวข้องกับเต้านมข้างขวา รวมทั้งอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้เซลล์มะเร็งด้วย และบอกเต้านมว่า ขอบคุณสำหรับทุกสิ่งที่ผ่านมานะ และต้องขอโทษด้วยที่จำเป็นจะต้องตัดคุณไป เราเองก็เสียใจไม่น้อย เมื่อถึงวันผ่าตัด เราได้รับการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามแนวทางของโรงพยาบาล ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เราสวดมนต์ พยายามทำจิตใจให้สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน คิดว่าอีกไม่กี่ชั่วโมงก็กลับมาพักฟื้น หลังผ่าตัดแล้ว และฟื้นขึ้นมาอย่างปลอดภัย ได้พบคนที่รัก ได้ทำสิ่งต่างๆ ที่อยากทำต่อไป หลังผ่าตัดแล้ว 1 วัน แม่ พี่สาว และน้องสาว เดินทางโดยรถประจำทางระยะทางรวม 300 กิโลเมตร จากต่างจังหวัดเพื่อมาเยี่ยมและให้กำลังใจเรา ทำให้เราซาบซึ้งในความรักความห่วงใยของคนในครอบครัวอย่างมาก และที่สำคัญก็คือ สามีมานอนเฝ้าทุกคืนในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล หลังผ่าตัดเราไม่มีเต้านมข้างขวาแล้ว ใจหายเหมือนกัน แต่ก็พยายามปลง

ความกลัวที่เกิดขึ้นจากการที่รู้ว่าเป็นมะเร็ง เราคิดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน กลัวเป็นมะเร็งในระยะสูงๆ กลัวมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ กลัวว่า

จะไม่ได้ดูแลพ่อแม่ กลัวว่าจะอยู่กับสามีได้ไม่นาน กลัวว่าจะไม่ได้ทำในสิ่งที่ยังอยากทำ กลัวสารพัด วิตกกังวลมากนอนไม่หลับ นอนร้องไห้ คิดไปต่างๆ นานา รู้สึกเศร้าเสียใจ น้อยใจ ว่าทำไมถึงต้องมาเกิดขึ้นกับเรา เราเองก็มีโรคประจำตัวหลายอย่างอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ภายใต้อาณัติที่ขำขันนี้ ก็ยังมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงระยะหลังผ่าตัด ที่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากสามีและครอบครัว นอกจากนี้ ญาติๆ ยังได้ให้กำลังใจผ่านทาง video call โดยเฉพาะนำสาวพูดไปก็ร้องไห้ไป คงสงสัยเราที่ต้องมาเผชิญชะตากรรมเช่นนี้

สิ่งที่เราได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยครั้งนี้ คือ เวลาช่วยเยียวยาทุกสิ่งได้ กล่าวคือ เมื่อเวลาผ่านไป ความทุกข์กายความทุกข์ใจจะผ่อนคลายเบาบางลง อาจเป็นเพราะเริ่มตั้งสติได้ คิดพิจารณาสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงของโลก พยายามวางใจให้หนึ่งๆ ดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น หมั่นออกกำลังกายโดยการเดินตอนเย็น หรืออย่างน้อยวันละ 2 กิโลเมตร พยายามนอนไม่ดิค

พยายามลดของหวาน ของมัน และของเค็ม สวดมนต์ทุกเช้าหลังตื่นนอน พยายามไม่เครียดหรือวิตกกังวลใดๆ มากนัก

ตอนนี้ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่หลังจากการผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองออก 3 ต่อมน คือ เริ่มมีอาการไหล่ติด เจ็บตึงแขน เคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ เราพยายามป้องกันโดยการบริหารแขนบ่อยๆ บางทีก็ปล่อยทำงานโดยการอยู่ในท่าเดิวนานเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดอาการไหล่ติดได้ง่ายขึ้น เราพยายามทำนุญสุนทาน ทำจิตใจให้ผ่องแผ้วแจ่มใส ไปพบหมอตามนัดทุกครั้ง ซึ่งก็ได้เห็นว่าเพื่อนร่วมโรค (มะเร็ง) นี้กันหลายคน บางคนอายุน้อยกว่าบางคนอายุมากกว่า แต่ละคนก็คงจะเผชิญความทุกข์ยากกันมาไม่น้อย แต่ทุกคนก็สามารถผ่านกันมาได้จนถึงทุกวันนี้ จึงต้องขอบคุณหมอผ่าตัด หมอดมยา พยาบาล และบุคลากรทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเราตลอดมา แล้วก็ยังคงดูแลรักษากันต่อไป บนเส้นทางที่หวังว่าจะยาวไกลที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

