



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 2985-2463 (Online)

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 36 No. 2 July - December 2025



รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน
- การติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง
- พัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
- ค่านิยมในการทำงานของพยาบาลสองรุ่นอายุ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่
- ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอคดียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- ประสิทธิภาพของการใช้แบบปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดจันทบุรี
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
- ผลของโปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง
- ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: การศึกษาเชิงพรรณนาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตัญญู

บทความวิชาการ

- การพยาบาลองค์กรร่วมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน

บทความพิเศษ

- แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ โดยใช้ SPARK model

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 36 No. 2 July - December 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

นางคณิศร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผศ. ดร.ทัศนาศรี 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

- นางสาวปภาวรินทร์ กุศลรัตน์
- 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 รongเมือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
4. ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
5. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
7. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
9. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
10. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
11. รศ. ดร.กุลวดี ใจจันไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
12. รศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
13. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอู่ฮั่น
14. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ผศ. ดร.ธัมม นามวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ผศ. ดร.มธุรดา บรรจงการ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ผศ. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ผศ. ดร.รุ่งนภา เปี้ยวชะอำ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
20. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
21. อาจารย์จันจิรา หินขาว	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
22. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ	นักวิชาการอิสระ
23. ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ
24. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ	นักวิชาการอิสระ
25. ดร.วิรัตน์ สกฤตสันติพร เศลล์	นักวิชาการอิสระ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 36 No. 2 July - December 2025

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ
โรคเบาหวาน 1
วรารักษ์ จันทรกรณ์ กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม จริญญา ทรัพย์เรือง
- การติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับ
การใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 15
ชลกรรณิการ์ นิติภักดิ์ พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ
- ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงาน 32
ที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น
ธิดารัตน์ เพ็ญราช อนนท์ วิสุทธธนานนท์ วรินทร์ณ จรุงโรจน์สกุล
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง 47
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง
นิภาธร มั่นฤทธิ์ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
- พัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 61
สำนักงานสาขาภาคตะวันออก
เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ ลลิตา เดชาวุธ มัทนา เหมชะญาติ
เกล็ดดาว จันทโร
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอด 74
และต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลบ้านไผ่
จังหวัดขอนแก่น
พกามาศ ปิยะนันท์ นฤมล สันสุพรรณ ชนะพล ศรีฤๅชา
- คำนิยมในการทำงานของพยาบาลสองรุ่นอายุ โรงพยาบาลมหาราช 89
นครเชียงใหม่
ณันทวัน มงคลวส อรอนงค์ วิชัยคำ กุลวดี อภิชาติบุตร

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 36 No. 2 July - December 2025

สารบัญ

	หน้า
• ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย	102
ธนวิทย์ วิชิตสกุลชัย ภัทราภรณ์ ภทรสกุล หรรษา เศรษฐบุปผา	
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	115
วนิดา อินทชิต บุญยรัตน์ ลอยศักดิ์ ยศพล เหลืองโสมนภา ชลธิชา ผ่องจิตร	
• ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่	128
รวินันท์ ใจเงิน ภัทราภรณ์ ภทรสกุล หรรษา เศรษฐบุปผา	
• ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดจันทบุรี	142
เสาวภา เล็กวงษ์ อรพินท์ สุทธิสหัส รุ่งอรุณ ศีกสงคราม	
• ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล	161
กชกร ฉายากุล	
• ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง	177
นันทนา ชูยิ่งสกุลทิพย์	
• ผลของโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง	191
ปาสิริญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์ ลลิตา เดชาวุธ ดาราวรรณ รองเมือง ดอวมนิ บัลลังการ	
• ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	208
นิศารัตน์ รามวงษ์ มธุรดา บรรจงการ กุลธิดา นึกสม	



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 36 No. 2 July - December 2025

ส
า
ร
บ
ญ

	หน้า
- การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ บรรจง เจนจัดการ ทรงศักดิ์ มุ่มกระโทก - ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี้ยในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ เพ็ญภา พัสัยพันธุ์ จริญญา ด้วงโปะ วัชรญา ชลธารกัมปนาท เจ็ดนภา แสงสว่าง ภักธียา เทพรัตน์ - ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พัชรวิไล ปันศักดิ์ ภักธารักษ์ ภาณุสกุล หรรษา เศรษฐบุบผา - คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: การศึกษาเชิงพรรณนาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ วิชานา พูลเงิน บุศริน เอี้ยวสีหยก สรชา วาณิชมนตรี อรพรรณ บุญลือ ชัชญาภา บุญโยประการ	223 240 259 272
บทความวิชาการ	
การพยาบาลองค์กรรวมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน สุรีย์ ธรรมิกบาร นริลักษณ์ สุวรรณโนบล	289
บทความพิเศษ	
แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ โดยใช้ SPARK model รุ่งนภา เขียวชะอำ ฤกษ์นิ สุวรรณรัตน์ ยศพล เหลืองโสมนภา รุ่งอรุณ ศีกสงคราม พิมพ์วัลลภ อายูวัฒน์ Pras Ramluggun Emmie Wahlström ชลการ ทรงศรี	302

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ โดยใช้ SPARK model ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน*

The Effect of a Promoting Health Belief Program on Health Perception and Stroke Preventive Behaviors in the Elders with Hypertension and Diabetes Mellitus*

วราภรณ์ จันทร์กรณ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Waraporn Jungorn, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)²

จริยา ทรัพย์เรือง, ประ.ด. (การพยาบาล)³

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing)²

Jariya Supruang, Ph.D. (Nursing)³

Received: May 8, 2024

Revised: October 14, 2025

Accepted: November 7, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: noinoi91@gmail.com

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University: Co-advisor

แบบบันทึกสุขภาพ คู่มือความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .78-.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.540, p < .001$; $t = 2.720, p < .05$; $t = 2.660, p < .05$ และ $t = 3.980, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a promoting health belief program on health perception and stroke preventive behaviors. The samples were 30 elders with hypertension and diabetes mellitus who received the medical service at Banmakae Sub-district Health Promoting Hospital, Maung Nakhon Sawan District, Nakhon Sawan Province. The research instruments included a promoting health belief program, a health record form, an educational handbook on stroke, a demographic questionnaire, a health belief on stroke preventive behaviors questionnaire with reliabilities in the range of .78-.86, and a stroke preventive behaviors questionnaire with a reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from May to July 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that after receiving the program, the elders with hypertension and diabetes mellitus had a statistically significantly higher mean score of perceived susceptibility of stroke, perceived severity of stroke, perceived benefits of stroke preventive behaviors, and stroke preventive behaviors than before receiving the program ($t = 4.540, p < .001$; $t = 2.720, p < .05$; $t = 2.660, p < .05$; and $t = 3.980, p < .001$, respectively).

This research suggests that healthcare providers should implement this promoting health belief program for the elders with hypertension and diabetes mellitus. This will help the elders perform good stroke preventive behaviors.

Keywords: Promoting health belief program, Stroke preventive behaviors, Elders with hypertension and diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตถึง 5 ล้านคน และพิการอย่างถาวรอีก 5 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกรมควบคุมโรค (2565) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยพบอัตราความชุกที่สูงขึ้นในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากเกิดความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย และมีโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (มัญหมาส มัญจาวงษ์, 2562) โดยมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นถึง 9 เท่า (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญทิพย์ รัตนพันธ์, ชนิกันต์ ปราบเสร็จ, นิตยา ลิมวิริยะกุล, และมาริยา หัสมา (2566) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นโรคเบาหวานร่วมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานแล้วเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการในระยะยาวและอาจเสียชีวิตได้ (American Stroke Association, 2021) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการปฏิบัติหรือมีการดำเนินชีวิต (life style) ที่เหมาะสม (วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง, และศิริยา โคตรบุตตา, 2564) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่พอเพียง และการจัดการความเครียด (WHO, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสมลดอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันสูง อาหารหรือผลไม้รสหวานจัด งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; สันติชัย ศรีปณิธาน, 2560) นอกจากนี้ การออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ร่วมกับการทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด จะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Heart Association, 2016) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ

การที่บุคคลปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคได้นั้น นอกจากบุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแล้ว ความเชื่อหรือการรับรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลต่อโรคนั้นๆ จะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม

การป้องกันโรค (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ คำภิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และจริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ไม้มาลา และพิสุทธิ คงจำ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปร 3 ตัวนี้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และศึกษาผลที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน

จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ อำเภอมะนัง นครสวรรค์ จังหวัด นครสวรรค์ ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานจำนวน 228 คน และ 215 คน ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในอนาคตด้วยโปรแกรม Thai CV risk score พบความเสี่ยงระดับ 5 (เป็นระดับที่อันตราย) ร้อยละ 27 และ 31 ตามลำดับ พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 3.51 และ 2.79 ตามลำดับ และพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.75 และ 1.85 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ, 2565) จากการสอบถามผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ จำนวน 10 คน พบว่ายังมีการรับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทาน

อาหารเค็ม มัน และหวาน และเชื่อว่าตนเองยังไม่มีอาการที่ร้ายแรงที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานเกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหรืองานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่พบงานวิจัยกึ่งทดลองที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน

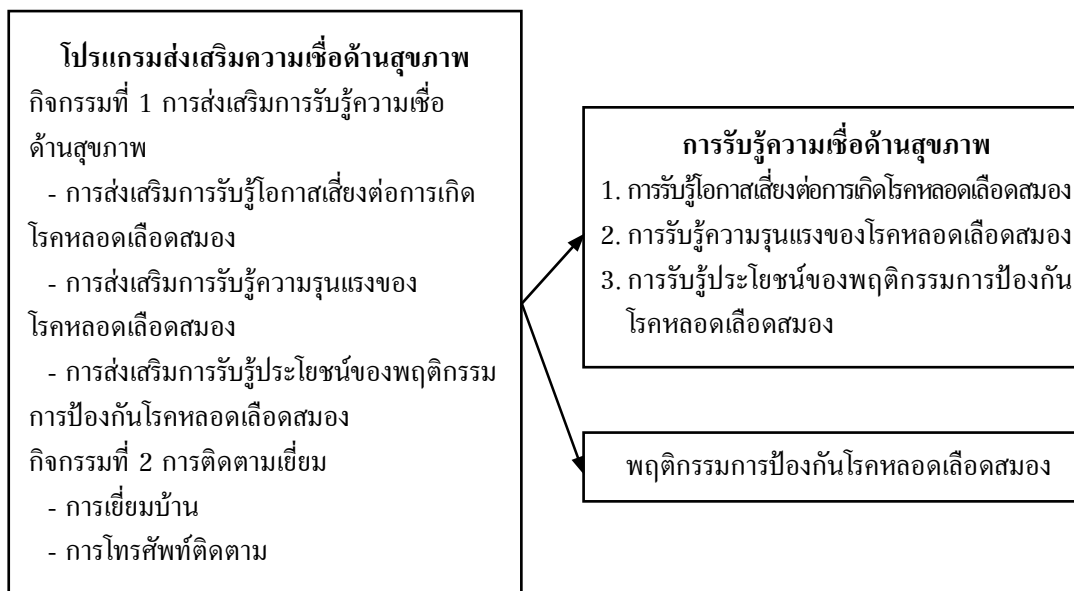
มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Maiman and Becker (1974) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเครียด ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม “รู้ใหม่ ใครเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม “รู้เท่าทัน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน” และ 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม “มาร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกัน” และกิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยม โดยมีการเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งคาดว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานได้รับโปรแกรมแล้ว จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดียิ่งขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 215 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ, 2565) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการประเมินด้วยโปรแกรม Thai CV risk score และมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน 2) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือเป็นผู้พิการ 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Maiman and Becker (1974) ประกอบด้วย

กิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม “รู้ใหม่ ใครเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” โดยนำข้อมูลผลการตรวจสุขภาพมาประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นตารางสี (Color Chart) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) และอธิบายให้ทราบความเสี่ยงเบื้องต้นของตนเอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม “รู้เท่าทันความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน” โดยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีประสบการณ์ตรงผ่านการบอกเล่าเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยบรรยายความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองประกอบสื่อวีดิทัศน์ และ 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม “มาร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกัน” ด้วยการเล่นเกม คือ เกมช้อปป้องกันฉลาดคิด (ให้เลือกโมเดลอาหารนำมาแยกหมวดหมู่ใส่ตะกร้า และเลือกจัดเมนูอาหาร 1 มื้อ ตามสัดส่วนโภชนาการ) และเกมคำจับคู่ยา (ให้สุ่มเลือกยามา 1 ชนิด ซึ่งเป็นยาที่รับประทานเป็นประจำ และให้เลือกบัตรคำแสดงอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น) สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและให้ฝึกปฏิบัติ และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติม ก่อนสิ้นสุดกิจกรรม ร่วมกันนั่งสมาธิฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี เปิดเพลงผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด และอธิบายถึงวิธีการบันทึกการปฏิบัติตนในแบบบันทึกพฤติกรรม (เป็นส่วนหนึ่งของสมุดคู่มือลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง) พร้อมทั้งแจกคู่มือ

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ให้นำกลับไปอ่านที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2-5 ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที โดยประเมินสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมบันทึกในสมุดเยี่ยมบ้าน พุดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่บ้านทั้งในแบบบันทึกพฤติกรรม ในกรณี que พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยร่วมวางแผนและหาแนวทางการแก้ไข ปัญหา และในสัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละคน

1.2 แบบบันทึกสุขภาพ (เป็นส่วนหนึ่งของสมุดคู่มือลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง) ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพประจำตัว ผลการตรวจเลือดประจำปี ตารางบันทึกระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ในรูปแบบตัวเลขแสดงแถบสี ตารางการแปลผลระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (แบบประเมิน CVD: Color Chart) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) และผลการติดตามเยี่ยม

1.3 คู่มือความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ครอบคลุมการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติครอบครัวหรือญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจร่างกายประจำปีหรือการพบแพทย์ตามนัด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของพรหมทิพย์ คำภิชัย และคณะ (2565) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับดี (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 9 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมป้องกันในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับดี (2.34-3.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพฯ (มี 3 ค่า) และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ .80, .70, .86 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .86, .84 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ HCU-EC1333/2566 วันที่ 29 มีนาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ

ข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคเรื้อรัง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาร่วมกิจกรรมรอบละ 15 คน จำนวน 2 รอบ ในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง คือ วันอังคารและวันพฤหัสบดี

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคเรื้อรัง ประเมินสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว บันทึกข้อมูลทั้งหมดในแบบบันทึกสุขภาพ สำหรับระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด บันทึกในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้วย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที จากนั้นให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เวลารวม 90 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 2-5 และในสัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 2 การติดตามเยี่ยม โดยเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2-5 ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที เพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตน ในกรณีที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยร่วมวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และในสัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม เพื่อประเมินการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละคน

5. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง

ที่คลินิกโรคเรื้อรัง ให้ตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.27 ปี ($SD = 5.28$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.66 มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวพอใช้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติครอบครัว

หรือญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 90 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มาตรวจร่างกายประจำปี หรือพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.70 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 mmHg และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 80 mmHg คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 30 ตามลำดับ และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 30

2. การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.540, p < .001$; $t = 2.720, p < .05$; $t = 2.660, p < .05$ และ $t = 3.980, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	M	SD	M	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.29	.46	2.43	.40	4.540	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.49	.45	2.57	.38	2.720	.011
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.39	.59	2.46	.51	2.660	.013
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.35	.21	2.41	.20	3.980	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว และเข้าร่วมกิจกรรม “รู้ใหม่ ไร้อันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งแจ้งผลความเสี่ยงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับที่ Maiman and Becker (1974) กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม “รู้เท่าทันความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน” โดยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองผ่านการบอกเล่าเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งเมื่อนักทดลองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ เจริญดี, สมคิด จุฬาว, อนุกุล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2564) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม “มาร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกัน” ผ่านการเล่นเกมน่าสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และวิธีการจัดการความเครียด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติตนที่ดี ต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ร่วมกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งเรื่องการรับประทานยา และการจัดการความเครียด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังที่ Maiman and Becker (1974) กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการป้องกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัณ, และพรนภา หอมสินธุ์ (2562) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นรายบุคคล ในกรณีที่พบว่ายังไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยจะร่วมวางแผนและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามบริบทของผู้ป่วย สามารถให้ความรู้และคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว (นันทกาญจน์ ปักษ์, ทัศนีย์ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรพร เชยสุวรรณ, สุภรณ์ โพธิ์สา, และยุวดี วงษ์แสง (2563) ที่พบว่า หลังการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมานำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี และควรพัฒนาระบบบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มศักยภาพของครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284>

กรรณิการ์ เงินดี, สมคิด จูหว่า, อนุกุล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(2), 171–186.

กาญจนา โมมมาลา, และพิสุทธิ คงจำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสาร มน. วิชาการ*, 24(2), 172–185.

ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 42–60.

นันทกาญจน์ ปักมณี, ทิณัฐ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์*, 13(1), 47–61.

เบญญทิพย์ รัตนพันธ์, ชนิกันต์ ปรามเสร็จ, นิตยา ลิมวิริยะกุล, และมาริยา หัสมา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอละงู จังหวัดสตูล. *วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข*, 1(4), 20–30.

พรรณทิพย์ คำภิชัย, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม, และจริยาวัตร คมพัยค์น. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 1–9.

มัณฑนา มัญจาวงษ์. (2562). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 18(1), 59–74.

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะเกลือ. (2565). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน ตำบลบ้านมะเกลือ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัด นครสวรรค์. นครสวรรค์: ผู้แต่ง.
- วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง, และ ศิริษา โคตรบุตดา. (2564). ผลของโปรแกรม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 14(2), 25–35.
- วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ถาวัง, และพรภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของ ครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาล และการศึกษา*, 12(4), 32–45.
- วัชรพร เชยสุวรรณ, สุภรณ์ โพธิสา, และยุวดี วงษ์แสง. (2563). ผลของโปรแกรมการเชื่อมบ้านแบบ มีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดัน โลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เลือกสรร แขวงบुकโคโล ชตชนบุรี. *วารสารแพทยันวี*, 47(3), 525–543.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใน เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทรัก ชิงค์.
- สันติชัย ศรีปณิธาน. (2560). การศึกษาโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใน โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 25(1), 1–12.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *คู่มือ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- American Heart Association. (2016). *Understand your risks to prevent a heart attack*. Retrieved from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack>
- American Stroke Association. (2021). *About stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/about-us/asm/general-asm-resources/2021-stroke-fact-sheet--approved.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–353. doi:10.1177/109019817400200404
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2021). *What you need to know about stroke symptoms*. Retrieved from <http://stroke.nih.gov/material/needtoknow.htm>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. doi:10.1177/109019818801500203

World Health Organization. (2016). *Stroke: A global response is needed*. Retrieved from <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636.pdf>

World Health Organization. (2022). *Stroke, cerebrovascular accident*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/cerebrovascularaccident/en/>

รายงานการวิจัย

การติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย* Infections and Impacts of Catheter-related Bloodstream Infection of Pediatric Patients in a University Hospital *

ชลกรณิการ์ นิติกักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ¹

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

พิมพารณณ์ กลั่นกลิ่น, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ² วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) ³

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing) ² Wanchai Lertwatthanawilat, Ph.D. (Nursing) ³

Received: June 26, 2025 Revised: October 17, 2025 Accepted: November 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 763 ราย ในระยะเวลา 5 ปี เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

² มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pimpaporn.k@cmu.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

และคำมรณฐาน รวมทั้งคำนวณอุบัติการณ์การติดเชื้อ และอัตราป่วยตาย

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 เท่ากับ 3.63, 1.64, 1.81, 2.58 และ 3.46 ครั้งต่อ 1,000 วัน ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามลำดับ ผู้ป่วยเด็กเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางรวม 79 ครั้ง ในผู้ป่วยเด็ก 57 ราย เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.65 มีอายุอยู่ในช่วง 14 วัน–18 ปี ($M = 2.64$ ปี, $SD = 4.64$) โดยพบการติดเชื้อในกลุ่มแรกเกิด- < 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.65 กลุ่มอายุ 1–3 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.81 และกลุ่มอายุ 13–18 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.77 เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก คิดเป็นร้อยละ 71.08 รองลงมา คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ คิดเป็นร้อยละ 19.28 และพบเชื้อรา คิดเป็นร้อยละ 9.64 ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 116.53 วันต่อราย (range = 10–676, $SD = 122.71$) มีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 26.32 ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อโดยรวมเป็นเงิน 1,339,253.12 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 16,952.57 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อควรนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด ผลกระทบ ผู้ป่วยเด็ก

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to investigate the infections and impacts of catheter-related bloodstream infection in pediatric patients. The samples consisted of 763 medical records of pediatric patients who underwent central venous catheter insertions in a university hospital over a 5-year period. The research instrument was a record form for documenting infections and the impacts of central line-associated bloodstream infection (CLABSI) in pediatric patients. Data were collected from December 2022 to February 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and median, including calculations of CLABSI incidence and case fatality rate.

The research results revealed that the CLABSI incidence rates from 2017 to 2021 were 3.63, 1.64, 1.81, 2.58, and 3.46 per 1,000 central line days, respectively. The CLABSI occurred 79 times in 57 pediatric patients; 59.65% were male, with ages ranging from 14 days to 18 years ($M = 2.64$ years, $SD = 4.64$). Additionally, 59.65% of patients were newborns to less than 1 year old, 22.81% were 1–3 years old, and 8.77% were 13–18 years old. The most common causative pathogens were gram-positive bacteria (71.08%), followed by gram-negative bacteria (19.28%), and fungi (9.64%). The average duration of

hospitalization was 116.53 days per case (range = 10–676, *SD* = 122.71). The case fatality rate of CLABSI in pediatric patients was 26.32%. The total cost of medical treatment for CLABSI was 1,339,253.12 baht, with an average cost of 16,952.57 baht per infection.

This research suggests that nurses and infection control nurses should utilize the findings to develop guidelines for the prevention and control of CLABSI in hospitalized pediatric patients.

Keywords: Catheter-related bloodstream infection, Impacts, Pediatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยทั้งในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ผู้ป่วยที่ต้องได้รับสารละลายที่มีความเข้มข้นสูงหรือได้รับในระยะเวลาสั้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่ใส่สายกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว ตลอดจนใช้ในการประเมินและติดตาม hemodynamics เช่น การวัด central venous pressure, pulmonary artery pressure (Gorski et al., 2021; Jamshidi, 2019) โดยตำแหน่งที่ใช้ในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ subclavian vein, internal jugular vein และ femoral vein (Veten, Davis, Kavanagh, Thomas, & Zurca, 2021) ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา คือ การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line-associated bloodstream infection [CLABSI]) (Buetti & Timsit, 2019) โดยเกิดจากการได้รับเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่กระแสโลหิต (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017) ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย การทำลายเนื้อเยื่อ และทำให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลว นำไปสู่การเสียชีวิต (Buetti & Timsit, 2019)

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง

จากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2010–2015 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กเท่ากับ 0.97 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Rinke et al., 2021) และการศึกษาในโรงพยาบาล 4 แห่งในประเทศบราซิล ในช่วงปี ค.ศ. 2013–2015 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กเท่ากับ 2.28 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Yamaguchi et al., 2017) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี พ.ศ. 2552–2556 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 5.06 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Asanathong et al., 2017) และจากสถิติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 พบผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตเท่ากับ 101, 84, 74, 75 และ 77 รายต่อปี ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนงานเวชระเบียนและสถิติการแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2565) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และคุกคามชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่

สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก เกิดจากภาวะไม่สมดุลขององค์ประกอบทางระบบภูมิคุ้มกันทั้ง 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (host) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค (agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (Gordis, 2009) โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของเด็กยังทำงานไม่สมบูรณ์ และภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากมารดาขณะอยู่ในครรภ์ คือ อิมมูโนโกลบูลินจี (IgG) ลดลง และหมดไปเมื่อทารกอายุ 6 เดือน (Kliegman, Stanton, St. Geme, Schor, & Behrman, 2016) แม้ว่าเด็กจะสร้างอิมมูโนโกลบูลินชนิดต่างๆ ได้ แต่ไม่เทียบเท่าผู้ใหญ่ โดยจะเริ่มสร้างอิมมูโนโกลบูลินได้เทียบเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุ 7-8 ปี (Nassar, Salah, Al Shamahy, AL Magrami, & Al Moyed, 2019) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเล็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยเด็กโตและผู้ใหญ่ (Pammi et al., 2020) อีกทั้งโรคหรือความผิดปกติของระบบต่างๆ ล้วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Agyeman et al., 2017) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคพบว่า เชื้อที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก คือ เชื้อกลุ่ม coagulase-negative *Staphylococcus* และเชื้อกลุ่ม coagulase-positive *Staphylococcus* (Alexander & Payal, 2021) ซึ่งเป็นเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ภายในร่างกายผู้ป่วย เมื่อมีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเข้าสู่ร่างกาย อาจทำให้เชื้อเหล่านี้เกิดการปนเปื้อนเข้าสู่กระแสโลหิตและนำไปสู่การติดเชื้อได้ (Pammi et al., 2020) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อแตกต่างกันตามตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ตำแหน่ง subclavian vein พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 1.30 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่วนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ที่ตำแหน่งอื่นๆ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 2.70 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Jamshidi, 2019) อีกทั้งระยะเวลาในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นเวลานาน จะพบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์บริเวณข้อต่อและในสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งก่อให้เกิดการติดเชื้อตามมา (Alexander & Payal, 2021) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางถือเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (Conley, 2016) เนื่องจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการเตรียมการใส่สายสวนหลอดเลือด การดูแลขณะใส่สายสวนหลอดเลือด และการนำสายสวนหลอดเลือดออก หากไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ย่อมก่อให้เกิดการติดเชื้อตามมาได้

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กก่อให้เกิดผลกระทบตามมา ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ โดยผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กนั้นส่งผลให้อาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การเสียชีวิต ดังการศึกษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 60.87 (ศศพินทุ์ สุทธิบุญพันธ์, ศิริพร ผ่องจิตศิริ, และจุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, 2563) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กนานขึ้น จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 8 วัน และ

ใช้ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม นานขึ้น 3 วัน (Rinke et al., 2021) ส่วนผลกระทบ ด้านค่าใช้จ่ายพบว่า การติดเชื้อทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาทั้งค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายในการตรวจเพื่อวินิจฉัยอื่นๆ ทำให้สูญเสียภาพเศรษฐกิจของโรงพยาบาลและ เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จากการศึกษาในประเทศ สหรัฐอเมริกา ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง พบค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 6,502 ดอลลาร์สหรัฐต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง (Rinke et al., 2020) สำหรับประเทศไทย การศึกษาด้านค่าใช้จ่ายใน การรักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กมี ก่อนข้างจำกัด และไม่ครอบคลุมประเด็นค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษา อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็น ความจำเป็นในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อดังกล่าว เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมา

ปัจจุบัน การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการเกิด การกระจาย และผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแส โลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วน กลางของผู้ป่วยเด็กมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการ ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย เนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตรา การติดเชื้อที่สูงกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็ก (Stewart et al., 2021) และเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับ ดิยภูมิขั้นสูงที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อ ตามมาได้ (Bennett, VanBuren, Holubkov, & Bratton, 2018) โดยศึกษาลักษณะการเกิดและการ กระจายของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับ

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วย ประกอบด้วย อุบัติการณ์การติดเชื้อ ลักษณะของผู้ป่วย ที่เกิดการติดเชื้อ และเชื้อก่อโรค รวมถึงศึกษาผลกระทบ จากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สาย สวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วย ได้แก่ ผลกระทบ ด้านสุขภาพ และผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้ ข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุง วางแผนการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล และการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การติดเชื้อ รวมถึงทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลเกิด ความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการติดเชื้อใน กระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

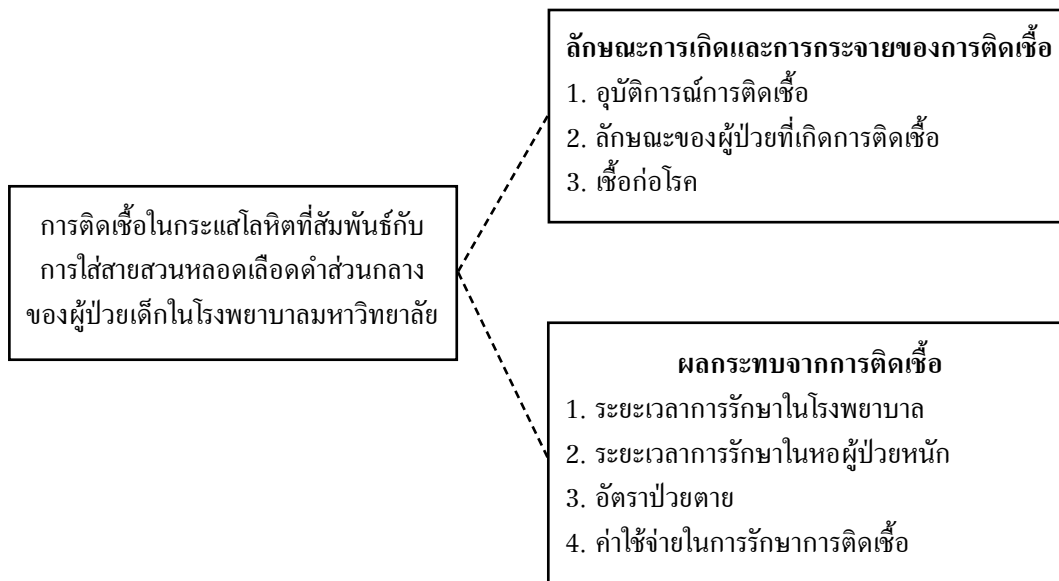
1. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดและการกระจาย ของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแส โลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดองค์ประกอบ การเกิดโรคทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน ผู้ป่วย (host) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค (agent) และปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (Gordis, 2009) ซึ่งการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สาย สวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง วินิจฉัยตามเกณฑ์การ วินิจฉัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐ อเมริกา (CDC) ปี ค.ศ. 2017 ประกอบด้วย อาการและ อาการแสดงของผู้ป่วย และผลการเพาะเชื้อจากโลหิต โดยลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อใน กระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ส่วนกลางประกอบด้วย อุบัติการณ์การติดเชื้อ ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ และเชื้อก่อโรค ซึ่งการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และอัตราผู้ป่วยตาย

และผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ ค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 12 หอผู้ป่วย และได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ตำแหน่งต่างๆ เช่น subclavian vein,

internal jugular vein, femoral vein, umbilical vein ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 763 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และโรคประจำตัว 2) ข้อมูล

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 3) ข้อมูลการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และ 4) ข้อมูลผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ (2 คน) อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการบันทึกข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ Exemption 126/2565 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ COA-NUR EXEMPTION 0055/2565 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ

นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนและสถิติชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มหัตถการที่ใช้ในการสืบค้นเวชระเบียนตามรหัส ICD-9-CM ได้แก่ การทำ umbilical vein catheterization (รหัส 38.92) และการทำ venous catheterization, not elsewhere classified (รหัส 38.93) เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนและสถิติจัดทำไฟล์เอกสารแสดงข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการทำหัตถการดังกล่าวพร้อมเลขที่โรงพยาบาล (hospital number [HN]) แล้วมอบให้ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยค้นหาเวชระเบียนผ่านระบบอินทราเน็ต ดำเนินการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในแบบบันทึกข้อมูลที่ละราย ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปฏิบัติการจัดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จำนวนจากจำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง หาดด้วยจำนวนวันที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง คูณด้วย 1,000 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ (ได้จากแบบบันทึกส่วนที่ 1 และ 2) วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชื้อก่อโรค (ได้จากแบบบันทึกส่วนที่ 3) วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ

ข้อมูลผลกระทบจากการติดเชื้อในเนื่องระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนักวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลกระทบจากการติดเชื้อในเนื่องอัตราป่วยตายคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเสียชีวิต หารด้วยจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ทั้งหมด คูณด้วย 100 ส่วนข้อมูลผลกระทบจากการติดเชื้อในเนื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

ผลการวิจัย

1. อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 3.63, 1.64, 1.81, 2.58 และ 3.46 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามลำดับ โดยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในภาพรวม 5 ปี สูงสุดในหอผู้ป่วยสามัญ เท่ากับ 3.54 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง รองลงมา คือ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ 2.17 และ 1.90 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามหอผู้ป่วย (n = 763 ราย)

หอผู้ป่วย	อุบัติการณ์ (ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง)					อุบัติการณ์ ในภาพรวม 5 ปี
	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	ปี พ.ศ. 2562	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	
หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	.72	.56	1.73	1.96	4.05	1.90
หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม	2.57	1.69	1.88	2.74	2.09	2.17
หอผู้ป่วยสามัญ	6.13	2.61	1.81	2.35	4.06	3.54

2. ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 763 ราย เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางรวม 79 ครั้ง ในผู้ป่วยเด็กจำนวน 57 ราย เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.65 มีอายุอยู่ในช่วง 14 วัน–18 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 2.64 ปี ($SD = 4.64$) พบการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กกลุ่มแรกเกิด- < 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.65

ของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อทั้งหมด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 1–3 ปี และกลุ่มอายุ 13–18 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.81 และ 8.77 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.49 โดยเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.61 รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้ และโรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 31.58 และ 12.28 ตามลำดับ

2.2 ข้อมูลการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก พบว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 79 ครั้งนั้น ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่

สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 81 เส้น โดยมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดจำนวน 2 เส้น ส่วนใหญ่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดชนิด 3 ทาง คิดเป็นร้อยละ 71.61 รองลงมา คือ ชนิด 2 ทาง และชนิด 1 ทาง คิดเป็นร้อยละ 17.28 และ 11.11 ตามลำดับ โดยตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดของสายสวนชนิด central venous catheter คือ ตำแหน่ง internal jugular vein คิดเป็นร้อยละ 55.55 และสายสวนชนิด peripherally inserted central catheter คือ ตำแหน่งแขน คิดเป็นร้อยละ 9.88 ซึ่งผู้ป่วยเด็กมีระยะเวลาดังแต่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจนถึงเกิดการติดเชื้อ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน อยู่ในช่วง 4-6 วัน และตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.47, 13.58 และ 83.95 ตามลำดับ

3. เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็ก พบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 79 ครั้ง มีจำนวน 83 ชนิด ส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก คิดเป็นร้อยละ 71.08 โดยพบเชื้อ *Staphylococcus epidermidis* มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.16 รองลงมา คือ เชื้อ *Enterococcus faecalis* และเชื้อ *Bacillus cereus* คิดเป็นร้อยละ 7.22 และ 6.02 ตามลำดับ ส่วนเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ พบร้อยละ 19.28 โดยพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.02 รองลงมา คือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อ *Pseudomonas*

aeruginosa คิดเป็นร้อยละ 4.81 และ 3.61 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบเชื้อรา คิดเป็นร้อยละ 9.64 โดยพบเชื้อ *Candida albicans* มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.02

4. ผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 116.53 วัน ต่อราย (range = 10-676, SD = 122.71) และมีระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 18.02 วันต่อราย (range = 0-124, SD = 29.31) มีอัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 26.32 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อโดยรวม 5 ปี เป็นเงิน 1,339,253.12 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ คือ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าสายสวนหลอดเลือดที่ต้องเปลี่ยนใหม่ภายหลังการติดเชื้อ ชุดให้สารน้ำ และสารน้ำ คิดเป็นร้อยละ 39.07 รองลงมา คือ ค่ายาต้านจุลชีพ และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 31.08 และ 29.85 ตามลำดับ โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 16,952.57 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง เมื่อจำแนกค่าใช้จ่ายตามช่วงอายุของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มอายุ 7-12 ปี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด เป็นเงิน 66,170.83 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 13-18 ปี และกลุ่มอายุ 4-6 ปี เป็นเงิน 21,724.21 และ 18,500.75 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามเพศ และอายุ (n = 79 ครั้ง)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ	ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ				
		ค่าใช้จ่าย น้อยที่สุด (บาท)	ค่าใช้จ่าย มากที่สุด (บาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน
เพศ						
ชาย	42	4,798.00	159,176.00	17,024.96	23,015.69	12,969.00
หญิง	37	2,452.00	41,808.00	16,870.40	10,165.56	16,656.00
อายุ						
แรกเกิด-28 วัน	4	5,777.00	14,414.50	10,914.38	3,509.39	11,733.00
29 วัน- < 1 ปี	42	3,631.50	28,648.75	12,909.10	6,136.01	11,408.00
1-3 ปี	20	6,000.00	38,240.00	16,943.68	8,536.94	16,068.63
4-6 ปี	3	2,452.00	27,875.25	18,500.75	11,401.60	25,175.00
7-12 ปี	3	17,946.50	159,176.00	66,170.83	65,779.61	21,390.00
13-18 ปี	7	5,466.00	41,808.00	21,724.21	13,617.68	23,205.00
รวม	79	2,452.00	159,176.00	16,952.57	18,166.71	13,561.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กเท่ากับ 3.63, 1.64, 1.81, 2.58 และ 3.46 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางตามลำดับ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อที่ต่ำกว่าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 12.30 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Dubbink-Verheij et al., 2017) และต่ำกว่าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศจีน ที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเท่ากับ 5.95 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Cao et al., 2022) แม้ว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลแห่งนี้จะอยู่

ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับต่างประเทศ แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนดไว้ คือไม่เกิน 1.50 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (สถาบันบำราศนราดูร, 2568) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตลอดจนการส่งเสริมการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถลดอุบัติการณ์ให้อยู่ในระดับที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดได้ อีกทั้งผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในภาพรวม 5 ปี สูงสุดในหอผู้ป่วยสามัญ เท่ากับ 3.54 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง รองลงมา คือ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ 2.17 และ 1.90 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในหอผู้ป่วยสามัญ บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้การดูแลผู้ป่วย

หลายรายพร้อมกัน ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งสู่ผู้ป่วยรายอื่นๆ (Poh, Ngan, Wong, Ng, & Mohd Noor, 2020) อีกทั้งอัตราค่าล้างพยาบาลต่อผู้ป่วยยังมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยการศึกษาในประเทศจอร์แดนพบว่า การมีอัตราค่าล้างพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:1 จะสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้มากกว่าการมีอัตราค่าล้างพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:2 (Aloush & Alsaraireh, 2018) ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในการวิจัยครั้งนี้มีอัตราค่าล้างพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมเท่ากับ 1:2 และหอผู้ป่วยสามัญเท่ากับ 1:4

ผลการวิจัยพบว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางพบในผู้ป่วยเด็กกลุ่มแรกเกิด- < 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 59.65) ทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของเด็กยังทำงานไม่สมบูรณ์ และภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากมารดาขณะอยู่ในครรภ์ คือ อิมมูโนโกลบูลินจีลดลง และหมดไปเมื่อทารกอายุ 6 เดือน (Kliegman et al., 2016) แม้ว่าเด็กจะสร้างอิมมูโนโกลบูลินได้แต่ไม่เทียบเท่าผู้ใหญ่ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยเด็กโตและผู้ใหญ่ (Pammi et al., 2020) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ยังมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.49) ซึ่งการมีโรคประจำตัวถือเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ โดยโรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รongลงมา คือ โรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ซึ่งผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะเจ็บป่วยทางระบบกระแสโลหิต ได้รับยา สารน้ำ และสารอาหารทางหลอดเลือดเป็นเวลานาน โดยการศึกษาของ Dahan et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยทารกที่มีความผิดปกติ

ของระบบทางเดินอาหารเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพิ่มขึ้น 5.85 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่ไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งการได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราสามารถเจริญเติบโตได้ดีในสารน้ำและสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด อีกทั้งการให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดยังอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อได้ ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

ผลการวิจัยพบว่า สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ผู้ป่วยเด็กใส่และเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางส่วนใหญ่เป็นชนิด 3 ทาง (ร้อยละ 71.61) ซึ่งการใส่สายสวนหลอดเลือดชนิด multiple lumen มีวัตถุประสงค์ในการใช้งานที่หลากหลาย ทำให้มีการสัมผัสสายสวนบ่อยครั้ง และเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้ง่าย นำไปสู่การติดเชื้อได้ (Jamshidi, 2019) ดังการศึกษาที่พบว่า สายสวนหลอดเลือดชนิด 3 ทาง ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าชนิด 1 ทาง 8.33 เท่า (Khieosanuk, Fupinwong, Tosilakul, Sricharoen, & Sudjaritruk, 2022) การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มักเกิดภายหลังใส่สายสวนหลอดเลือดตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (ร้อยละ 83.95) ซึ่งระยะเวลาการใส่สายสวนหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ โดยพบว่า การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 7 วัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 3.18 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องมาจากการดูแลและใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ การบริหารยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้เลือด การเก็บตัวอย่างเลือดจากสายสวนหลอดเลือดดำส่งตรวจ และการดูแลแผลตำแหน่งที่มีการใส่สาย

สวนหลอดเลือด ที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด (Basílico, García, & Pintos, 2021) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ทั้งจำนวนทางของสายสวนและระยะเวลาการใส่สายสวน ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการพิจารณาเลือกชนิดของสายสวน การกำหนดระยะเวลาการใช้งาน และการดูแลรักษาความสะอาดบริเวณที่ใส่สายสวนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ การติดตามตรวจสอบสายสวนทุกวัน และการถอดสายสวนออกเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก ถือเป็นมาตรการสำคัญในผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก (ร้อยละ 71.08) โดยพบเชื้อ *Staphylococcus epidermidis* มากที่สุด (ร้อยละ 42.16) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเดนมาร์กที่พบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดมากที่สุด คือ เชื้อ *Staphylococcus epidermidis* ร้อยละ 30.71 (Nielsen, Zachariassen, & Holm, 2022) โดยเชื้อชนิดนี้เป็นเชื้อประจำถิ่นบนผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ ซึ่งโดยปกติจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอหรือเมื่อเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งหากมีการดูแลและการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่มีการใส่สายสวนหลอดเลือดไม่เพียงพอ อาจทำให้เชืชนิดนี้เข้าสู่กระแสโลหิต และก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ (Pammi et al., 2020)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดค่าส่วนกลางมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 116.53 วันต่อราย และมีระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

เฉลี่ย 18.02 วันต่อราย ซึ่งมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าการศึกษาในประเทศกรีซที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดเท่ากับ 57.50 วัน (Karagiannidou, Zaoutis, Maniadakis, Papaevangelou, & Kourlaba, 2019) การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กมีอัตราป่วยตายร้อยละ 26.32 ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศฝรั่งเศสที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดค่าส่วนกลางมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25 (Pilmis et al., 2020) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตดังกล่าวค่อนข้างต่ำ โดยการศึกษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดค่าส่วนกลางมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 60.87 (ศศพินทุ์ สุทธิบุญพันธ์ และคณะ, 2563) ทั้งนี้ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาลอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ความพิการแต่กำเนิด (Totonelli et al., 2018)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดค่าส่วนกลางของผู้ป่วยเด็กโดยรวม 5 ปี เป็นเงิน 1,339,253.12 บาท ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ คือ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดค่าส่วนกลางส่วนใหญ่ คือ ค่ายาต้านจุลชีพ และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Karagiannidou et al., 2019) โดยการศึกษาครั้งนี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อเฉลี่ย 16,952.57 บาทต่อการติดเชื้อ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สาย

ส่วนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 6,502 ดอลลาร์สหรัฐต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง (Rinke et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อในแต่ละการศึกษานั้น ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงการคิดค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาจไม่เท่ากันในแต่ละโรงพยาบาล อีกทั้งแบบแผนในการใช้ยาต้านจุลชีพให้เหมาะสมกับเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ทำให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อควรนำข้อมูลลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อ ตลอดจนผลกระทบจากการติดเชื้อที่พบในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามกฎการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด และนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยครั้งนี้

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อ และผลกระทบจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ ไปใช้ในการตัดสินใจและกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการติดเชื้อและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของผู้ป่วยเด็ก โดย

เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดการติดเชื้อ หรือผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่น

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในผู้ป่วยเด็ก

เอกสารอ้างอิง

ศศพินทุ์ สุทธิบุญพันธ์, ศิริพร ผ่องจิตสิริ, และจุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา. (2563). อุบัติการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เกิดในโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 59(1), 19–26.

สถาบันบำราศนราดูร. (2568). รายงานประจำปี คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้คำสังคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

หน่วยเวชระเบียน งานเวชระเบียนและสถิติการแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2565). รายงานสถิติประจำปี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

Agyeman, P. K. A., Schlapbach, L. J., Giannoni, E., Stocker, M., Posfay-Barbe, K. M., Heininger, U., ... Berger, C. (2017). Epidemiology of blood culture-proven bacterial sepsis in children in Switzerland: A population-based cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1(2), 124–133. doi:10.1016/S2352-4642(17)30010-X

- Alexander, P., & Payal, K. P. (2021). Basic of healthcare epidemiology and infection prevention. In D. J. Weber & T. R. Talbot (Eds.), *Mayhall's hospital epidemiology and infection prevention* (pp. 139–152). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Aloush, S. M., & Alsaraireh, F. A. (2018). Nurses' compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines. *Saudi Medical Journal*, 39(3), 273–279. doi:10.15537/smj.2018.3.21497
- Asanathong, N. W., Rongrungreung, Y., Assanasen, S., Pumsuwan, V., Wiruchkul, N., Lapphra, K., ... Chokephaibulkit, K. (2017). Epidemiology and trends of important pediatric healthcare-associated infections at Siriraj hospital, Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 48(3), 641–654. Retrieved from <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/TMPH/10988363.pdf>
- Basílico, H., García, S., & Pintos, L. (2021). Risk factors associated with bacteremia in burn children admitted to a specialized pediatric intensive care unit: A case-control study. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(5), 325–330. doi:10.5546/aap.2021.eng.325
- Bennett, E. E., VanBuren, J., Holubkov, R., & Bratton, S. L. (2018). Presence of invasive devices and risks of healthcare-associated infections and sepsis. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 7(4), 188–195. doi:10.1055/s-0038-1656535
- Buetti, N., & Timsit, J. F. (2019). Management and prevention of central venous catheter-related infections in the ICU. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(4), 508–523. doi:10.1055/s-0039-1693705
- Cao, Y., Yan, W. H., Lu, L. N., Tao, Y. J., Feng, H. X., Wu, Q. Q., ... Wang, Y. (2022). Catheter-related bloodstream infections in children with intestinal failure: A 6-year review from an intestinal rehabilitation center in China. *World Journal of Pediatrics*, 18(4), 271–277. doi:10.1007/s12519-022-00519-3
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *CLABSI definition with case studies*. Retrieved from https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/training/2017/Puckett_March22.pdf
- Conley, S. B. (2016). Central line-associated bloodstream infection prevention: Standardizing practice focused on evidence-based guidelines. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), 23–26. doi:10.1188/16.Cjon.23-26

- Dahan, M., O'Donnell, S., Hebert, J., Gonzales, M., Lee, B., Chandran, A. U., ... Quach, C. (2016). CLABSI risk factors in the NICU: Potential for prevention: A PICNIC Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37(12), 1446–1452. doi:10.1017/ice.2016.203
- Dubbink-Verheij, G. H., Bekker, V., Pelsma, I. C. M., Van Zwet, E. W., Smits-Wintjens, V. E. H. J., Steggerda, S. J., ... Lopriore, E. (2017). Bloodstream infection incidence of different central venous catheters in neonates: A descriptive cohort study. *Frontiers in Pediatrics*, 5, 142. doi: 10.3389/fped.2017.00142
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., ... Alexander, M. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. *Journal of Infusion Nursing*, 44(Suppl. 1), S1–S224. doi:10.1097/nan.0000000000000396
- Jamshidi, R. (2019). Central venous catheters: Indications, techniques, and complications. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(1), 26–32. doi:10.1053/j.sempedsurg.2019.01.005
- Karagiannidou, S., Zaoutis, T., Maniatakis, N., Papaevangelou, V., & Kourlaba, G. (2019). Attributable length of stay and cost for pediatric and neonatal central line-associated bloodstream infections in Greece. *Journal of Infection and Public Health*, 12(3), 372–379. doi: 10.1016/j.jiph.2018.12.004
- Khieosanuk, K., Fupinwong, S., Tosilakul, A., Sricharoen, N., & Sudjaritruk, T. (2022). Incidence rate and risk factors of central line-associated bloodstream infections among neonates and children admitted to a tertiary care university hospital. *American Journal of Infection Control*, 50(1), 105–107. doi:10.1016/j.ajic.2021.07.016
- Kliegman, R. M., Stanton, B. F., St. Geme, J. W., Schor, N. F., & Behrman, R. E. (2016). *Nelson textbook of pediatrics* (20th ed.). New York: Elsevier.
- Nassar, M. Y. H., Salah, M. M., Al Shamahy, H. A., AL Magrami, R. T. F., & Al Moyed, K. A. (2019). Immunoglobulin levels (IgG, IgM and IgA): Normal values for healthy infants and children in Sana'a City- Yemen. *Global Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 1(5), 1–5. doi:10.33552/GJPNC.2019.01.000525

- Nielsen, C. L., Zachariassen, G., & Holm, K. G. (2022). Central line-associated bloodstream infection in infants admitted to a level III neonatal intensive care unit. *Danish Medical Journal*, 69(5), A05210463. Retrieved from https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2022-04/a05210463_web.pdf
- Pammi, M., Thapa, S., Balderas, M., Runge, J. K., Venkatachalam, A., & Luna, R. A. (2020). Microbiome signatures in neonatal central line associated bloodstream infections. *PLoS One*, 15(1), e0227967. doi:10.1371/journal.pone.0227967
- Pilmis, B., Alby-Laurent, F., Fasola, M. L., Seegers, V., Guery, R., Guet-Revillet, H., ... Zahar, J. R. (2020). Pseudomonas aeruginosa bloodstream infections in children: A 9-year retrospective study. *European Journal of Pediatrics*, 179(8), 1247–1254. doi:10.1007/s00431-020-03598-4
- Poh, K. W., Ngan, C. H., Wong, J. Y., Ng, T. K., & Mohd Noor, N. (2020). Reduction of central-line-associated bloodstream infection (CLABSI) in resource limited, nonintensive care unit (ICU) settings. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(2), 210–220. doi:10.1108/IJHCQA-11-2019-0195
- Rinke, M. L., Heo, M., Saiman, L., Bundy, D. G., Rosenberg, R. E., DeLaMora, P., ... Oyeku, S. O. (2021). Pediatric ambulatory central line-associated bloodstream infections. *Pediatrics*, 147(1), e20200524. doi:10.1542/peds.2020-0524
- Rinke, M. L., Oyeku, S. O., Ford, W. J. H., Heo, M., Saiman, L., DeLaMora, P., ... Bundy, D. G. (2020). Costs of ambulatory pediatric healthcare-associated infections: Central-line-associated bloodstream infection (CLABSIs), catheter-associated urinary tract infection (CAUTIs), and surgical site infections (SSIs). *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(11), 1292–1297. doi:10.1017/ice.2020.305
- Stewart, S., Robertson, C., Pan, J., Kennedy, S., Dancer, S., Haahr, L., ... Reilly, J. (2021). Epidemiology of healthcare-associated infection reported from a hospital-wide incidence study: Considerations for infection prevention and control planning. *The Journal of Hospital Infection*, 114, 10–22. doi:10.1016/j.jhin.2021.03.031
- Totonelli, G., Tambucci, R., Boscarelli, A., Hermans, D., Dall'Oglio, L., Diamanti, A., ... Fusaro, F. (2018). Pediatric intestinal rehabilitation and transplantation registry: Initial report from a European Collaborative Registry. *European Journal of Pediatric Surgery*, 28(1), 75–80. doi:10.1055/s-0037-1605349

Veten, A., Davis, J., Kavanagh, R., Thomas, N., & Zurca, A. (2021). Practice patterns of central venous catheter placement and confirmation in pediatric critical care. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 11(3), 254–258. doi:10.1055/s-0041-1723949

Yamaguchi, R. S., Noritomi, D. T., Degaspere, N. V., Muñoz, G. O. C., Porto, A. P. M., Costa, S. F., & Ranzani, O. T. (2017). Peripherally inserted central catheters are associated with lower risk of bloodstream infection compared with central venous catheters in paediatric intensive care patients: A propensity-adjusted analysis. *Intensive Care Medicine*, 43(8), 1097–1104. doi:10.1007/s00134-017-4852-7

ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรม การทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บจากการทำงาน ในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* Occupational Health and Safety Literacy on Safe Work Behaviors and Work-related Injuries among Waste Collectors Under Local Administrative Organization *

ธิดารัตน์ เพ็งราช, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย) ¹

Thidarat Pengrach, M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner) ¹

อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, พย.ด. ²

วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล, พย.ด. ³

Anon Wisutthananon, Ph.D. (Nursing) ²

Waruntorn Jongrungsakul, Ph.D. (Nursing) ³

Received: August 7, 2025

Revised: October 25, 2025

Accepted: November 3, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และการบาดเจ็บจากการทำงาน ในพนักงานเก็บขยะ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 312 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ แบบสอบถามความรู้ด้านอาชีวอนามัยและ

* 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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: anon.w@cmu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ความปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .70-.85 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่น 1 เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.97 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.96 เคยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 37.50 ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .395, p < .001$) และความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.116, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลอาชีวอนามัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่พนักงานเก็บขยะ เพื่อช่วยให้พนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และลดการบาดเจ็บจากการทำงาน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย การบาดเจ็บจากการทำงาน พนักงานเก็บขยะ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the correlations of occupational health and safety literacy with safe work behaviors and work-related injuries among waste collectors. The participants were 312 waste collectors under local administrative organization in Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province. The research instruments included a demographic and occupational questionnaire, an occupational health and safety literacy questionnaire with reliabilities in the range of .70-.85, a safe work behaviors questionnaire with a reliability of .80, and a work-related injuries questionnaire with a reliability of 1. Data were collected from October to December 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that most waste collectors had overall occupational health and safety literacy at a high level (83.97%) and had overall safe work behaviors at a good level (75.96%). In the past three months, the rate of work-related injuries was 37.50%. Occupational health and safety literacy was positively statistically significantly correlated with safe work behaviors among waste collectors ($r_s = .395, p < .001$). Additionally,

occupational health and safety literacy was negatively statistically significantly correlated with work-related injuries among waste collectors ($r_s = -.116, p < .05$).

This research suggests that occupational health nurses and related personnel should utilize the findings to promote occupational health and safety literacy for waste collectors. This will help enhance safe work behaviors and reduce work-related injuries among waste collectors.

Keywords: Occupational health and safety literacy, Safe work behaviors, Work-related injuries, Waste collectors, Local administrative organization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากการทำงาน (work-related injuries) เป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของการทำงานทั่วโลก (Takala, 2019) จากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า พนักงานเก็บขยะมีอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วงปี ค.ศ. 2020–2022 อยู่ในช่วง 27.90–33.10 คนต่อแสนประชากร (Solid Waste Association of North America, 2022) ในขณะที่สหราชอาณาจักรพบว่า อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วงปี ค.ศ. 2021–2022 อยู่ในช่วง 4.61–6.99 คนต่อแสนประชากร (Health and Safety Executive [HSE], 2021; HSE, 2022) จะเห็นได้ว่า สถิติการบาดเจ็บจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานอาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะการปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (นริศรา เลิศพรสวรรค์, 2560; ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และธานี แก้วธรรมานุกุล, 2560)

พนักงานเก็บขยะปฏิบัติหน้าที่ในการเก็บขยะ ทำให้มีโอกาสสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานทั้งด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตสังคม ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การทำงานริมถนน การสัมผัสของมีคมที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน

(พิชญพร พูนนาค, สุนทร สุภพงษ์, และชนะภูมิ รัตนานพวงศ์, 2560; สราวุธ แสงคำ และจำลอง อรุณเลิศอารีย์, 2562; Bleck & Wettberg, 2012) ซึ่งปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานส่งผลกระทบต่อพนักงาน ได้แก่ มีบาดแผล กระดูกหัก (นริศรา เลิศพรสวรรค์ และคณะ, 2560) ขาดความเชื่อมั่น และสูญเสียเวลาในการปฏิบัติงาน (ตฤณ ทิพย์สุทธิ, กัลยา มั่นล้วน, และทรงกรกฎ ศฤงคาร, 2564; พิชญพร พูนนาค และคณะ, 2560) ผลกระทบต่อผู้ร่วมงาน ได้แก่ การเพิ่มภาระงาน จนเกิดปัญหาการขาดแคลนพนักงานเก็บขยะ (ทัศนพงษ์ ตันติปัญจพร, พัฒนพงษ์ ปั่นแห่งเพ็ชร, และนพรัตน์ ศรีเครือแก้ว, 2563; สลิธรัตน์ นิตรมร, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และธนาศรี สหะบุตร, 2564) ในขณะที่ผลกระทบต่อหน่วยงาน ได้แก่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการต่างๆ ค่าจ้างของพนักงานที่บาดเจ็บ ส่วนผลกระทบต่อประเทศ ได้แก่ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ตฤณ ทิพย์สุทธิ และคณะ, 2564)

การบาดเจ็บจากการทำงาน หมายถึง ภาวะที่อวัยวะหรือส่วนของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุหรือการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้พนักงานได้รับบาดเจ็บ ยังสามารถทำงานได้ตามปกติไปจนถึงความสามารถในการทำงานลดลง (Heinrich, 1959; Rogers, 2003) จากการทบทวนการบาดเจ็บจาก

การทำงานของพนักงานเก็บขยะพบว่า พนักงานเก็บขยะ ถูกของมีคมบาด/ทิ่มแทง สัมผัสสารเคมีและวัตถุ มีความร้อน ร้อยละ 60–80 (นริศรา เลิศพรสวรรค์ และคณะ, 2560; สติรัตน์ นิตรมร และคณะ, 2564; สิริชัย ใจขาน และวราภรณ์ พันธิ์ศิริ, 2562) ถูกสัตว์ หรือแมลงกัดต่อย ร้อยละ 62.40 ถิ่นลัม ร้อยละ 53.80 (ฉันทวี เชนวิที และกาญจนา นาคะพินธุ, 2562) โดยการบาดเจ็บจากการทำงานตามทฤษฎีโดมิโน (domino theory) (Heinrich, 1931) เป็นผลสืบเนื่อง โดยตรงมาจากอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุเป็นผลมาจาก พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและ/หรือสภาพ การทำงานที่ไม่ปลอดภัย

พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของพนักงาน ที่มีผลทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับตนเองและผู้อื่น เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 85 เช่น การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย ในการทำงาน ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) หมายถึง สภาพแวดล้อมบริเวณ ที่ทำงานโดยรอบตัวของผู้ปฏิบัติงานไม่ปลอดภัย เช่น บริเวณพื้นที่ทำงานลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุ รองที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 15 (Heinrich, 1959) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและสภาพการทำงาน ที่ไม่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการบาดเจ็บจากการทำงาน (Nkem, Hassim, & Kidam, 2015)

จากการทบทวนพฤติกรรมการทำงานที่ ไม่ปลอดภัยของพนักงานเก็บขยะ ประกอบด้วย การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากอนามัย เว้นตาป้องกันสิ่งแปลกปลอม ถุงมือยาง ร้อยละ 30–90 (สิริชัย ใจขาน และวราภรณ์ พันธิ์ศิริ, 2562) ส่วนการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยใน การปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การป็นกระโดด

ขึ้น-ลงจากรถเก็บขยะที่จอดไม่สนิท ร้อยละ 15–80 การปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน ร้อยละ 40–80 (นริศรา เลิศพรสวรรค์ และคณะ, 2560; สิริชัย ใจขาน และวราภรณ์ พันธิ์ศิริ, 2562) การศึกษาที่ผ่านมา มีการแนะนำการป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการทำงาน ด้วยการส่งเสริมให้คนทำงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ ปลอดภัย (ตฤณ ทิพย์สุทธิ และคณะ, 2564; Cox & Jones, 2006)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (safe work behaviors) เป็นการกระทำหรือการแสดงออกในขณะ ปฏิบัติงานของพนักงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยใน การทำงาน ลดความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ จากการงาน (Levy, Wegman, Baron, & Sokas, 2011; Rogers, 2003) พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยนี้ สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย ในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2547) ได้แก่ การใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตาม กฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการรายงานอัตราการบาดเจ็บจาก การทำงานที่ลดลง (Liu et al., 2015) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมีส่วนสำคัญที่สามารถ ป้องกันหรือลดการบาดเจ็บจากการงานได้

ปัจจุบันมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องและมีผลโดยตรง ต่อการเกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย คือ ความรอบรู้ ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (occupational health and safety literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถ ของบุคคลที่ได้รับข้อมูล เข้าใจและประเมินข้อมูลบริการ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อนำข้อมูลไปสู่ การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ตาม แนวคิดของ Rauscher and Myers (2014) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 2) การอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 3) ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และ 4) การตระหนักและตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีการศึกษาแนวคิดความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในกลุ่มคนทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม, นิสากร ชีวะเกตุ, และสมสมัย รัตนกริยากุล, 2566) และความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย (ณัฐรัฐ ไม่มาหาด, อัมรินทร์ กองพิเลิศ, เด่นศักดิ์ ยกยอน, และสุธรรม นันทมงคลชัย, 2565) อีกทั้งความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน (Rauscher & Myers, 2014) ผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจะทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งตามแนวคิดและทฤษฎีด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเชื่อว่า การมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยจะทำให้โอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงได้ว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างไร และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมและในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบเดียว คือ เทศบาลนคร แต่การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพนักงานเก็บขยะที่ปฏิบัติงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายรูปแบบ ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันทั้งด้านนโยบาย และกฎระเบียบความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ บริบทและ

ลักษณะการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ของชุมชนเขตเมืองรอบเขตเมือง ยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของพนักงานเก็บขยะ ทำให้พนักงานเก็บขยะมีโอกาสมิได้สัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพและมีสภาพการทำงานที่แตกต่างกันด้วย

จังหวัดนครราชสีมา เป็นเมืองศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยเฉพาะอำเภอเมืองนครราชสีมาที่มีประชากรหนาแน่นมากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด มีการอุปโภคและบริโภคสินค้าเพิ่มขึ้น ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้พนักงานเก็บขยะต้องปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น จึงมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ให้พนักงานเก็บขยะมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย สามารถป้องกันและลดปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อศึกษาการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรม

การทำงานที่ปลอดภัย และการบาดเจ็บจากการทำงาน
ในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

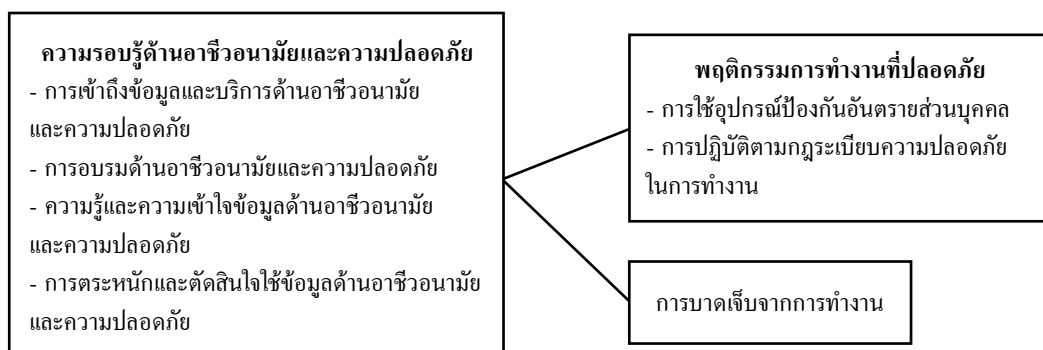
สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย
ในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน
ในพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้าน
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของ Rauscher and
Myers (2014) ซึ่งประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและ
บริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 2) การอบรม
ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 3) ความรู้และ

ความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
และ 4) การตระหนักและตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัย
และความปลอดภัย ในการอธิบายความเชื่อมโยงกับ
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บจาก
การทำงานในพนักงานเก็บขยะ ซึ่งพนักงานเก็บขยะ
ปฏิบัติงานภายใต้ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความ
ปลอดภัย ทำให้มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานได้
โดยสาเหตุหลักของการบาดเจ็บจากการทำงานเกิดจาก
พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นเพื่อเป็นการ
ป้องกันหรือลดการบาดเจ็บจากการทำงาน จึงต้องให้
ความสำคัญกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่ง
ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการ
ทำงาน ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความ
ปลอดภัยจะทำให้พนักงานเก็บขยะเกิดพฤติกรรม
การทำงานที่ปลอดภัยและลดการบาดเจ็บจากการทำงาน
ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพนักงานเก็บขยะที่ปฏิบัติงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลตำบล 15 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง รวมจำนวน 26 แห่ง มีพนักงานเก็บขยะจำนวน 389 คน (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน การเก็บรวบรวมและคัดแยกขยะ การขนย้ายและเทขยะ และการทำความสะอาดและเก็บรถขยะ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเก็บขยะไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่อยู่ในช่วงลางาน เช่น กรณีเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล และ 6)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .15 (คำนวณจากการศึกษาของ มริสตา กองสมบัติสุข, ฌาน ปัทมะ พलयง, และดวงเดือน ฤทธิเดช, 2563) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 270 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 324 คน เลือกพื้นที่ศึกษาที่มีพนักงานเก็บขยะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในสัดส่วนที่สูงเนื่องจากทุกพื้นที่มีขั้นตอนและบริบทการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะไม่แตกต่างกัน ได้พื้นที่ศึกษาจำนวน 13 แห่ง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ

การประกอบอาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การทำงานอื่นเสริม โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการทำงาน ช่วงเวลาการทำงาน การได้รับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการรับรู้การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของ Rauscher and Myers (2014) จำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ จริงน้อย จริงปานกลาง และจริงมาก 2) ด้านการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าเคยหรือไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าเคย ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่เคย ให้ 0 คะแนน 3) ด้านความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนความรู้ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน และส่วนความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ จริงน้อย จริงปานกลาง และจริงมาก และ 4) ด้านการตระหนักและตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ จริงน้อย จริงปานกลาง และจริงมาก คะแนนรวมความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอยู่ในช่วง 17-61 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออก

เป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับต่ำ (17–31 คะแนน) ในระดับปานกลาง (32–46 คะแนน) และในระดับสูง (47–61 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอยของสิทธิชัย ใจชน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ (2562) แบ่งออกเป็น การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจำนวน 9 ข้อ และการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน จำนวน 16 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้ามสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับต่ำ (0–24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25–49 คะแนน) และในระดับดี (50–75 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอยของสิทธิชัย ใจชน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ (2562) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (เคย = 1 คะแนน ไม่เคย = 0 คะแนน) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติที่ได้รับบาดเจ็บ 3) ประเภทการบาดเจ็บ 4) ลักษณะการบาดเจ็บ 5) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ 6) สาเหตุการบาดเจ็บ และ 7) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงาน ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พยาบาลอาชีวอนามัย และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .99, .98 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพนักงานเก็บขยะที่ปฏิบัติงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมืองนครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ฯ ด้านการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และด้านความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในส่วนความรู้ และแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการทำงาน ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .70, .74 และ 1 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ฯ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ด้านความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในส่วนความเข้าใจ และด้านการตระหนักและตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75, .85, .74 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 085/2565 วันที่ 12 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรี/นายกเทศบาล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมืองนครราชสีมา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประธานผู้อำนวยการสำนัก/ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม/หัวหน้างาน และขอความร่วมมือในการติดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปตอบ โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ เมื่อตอบเสร็จให้ส่งคืนในกล่อง (ผนึกฝาปิดสนิท มีช่องสำหรับหย่อนเอกสาร) ที่ตั้งไว้บริเวณห้องทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยไปรับกล่องแบบสอบถาม ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ ข้อมูลความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และข้อมูลพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการบาดเจ็บจากการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และการบาดเจ็บจากการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน คิดเป็นร้อยละ 96.30

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ ในพนักงานเก็บขยะ พบว่า พนักงานเก็บขยะทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด

คือ 18-60 ปี โดยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ($M = 45.31, SD = 10$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.17 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.26 มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด-สูงสุด คือ 9,000-32,000 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.85 ($M = 10,597.76, SD = 2,500.89$) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานอื่นเสริม คิดเป็นร้อยละ 73.40 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.72 มีประสบการณ์การทำงานต่ำสุด-สูงสุด คือ 6 เดือน-38 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-9 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.32 ($M = 9.77, SD = 8.42$) ส่วนใหญ่ทำงานในช่วงเวลา 02.00-10.00 น. คิดเป็นร้อยละ 70.83 ได้รับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 96.47 โดยส่วนใหญ่ได้รับหมวกกันน็อก คิดร้อยละ 89.10 มีการรับรู้การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เรื่องการปฏิบัติงานด้วยท่าทางการก้มหลัง บิดเอี้ยวลำตัว ตลอดเวลาการทำงาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.97 และส่วนใหญ่มีการรับรู้การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านสภาพการทำงาน เรื่องการปฏิบัติงานกับรถเก็บขยะที่มีการขึ้น-ลง ปีนขึ้น-ลง คิดเป็นร้อยละ 69.87

2. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในพนักงานเก็บขยะ พบว่า พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.97 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.03 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับสูง ($M = 52.30, SD = 5.62$)

3. พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะ พบว่า พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.96 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.04 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับดี ($M = 52.90, SD = 6.19$)

4. การบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะพบว่า พนักงานเก็บขยะเคยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 37.50 ขั้นตอนการปฏิบัติที่ได้รับบาดเจ็บ คือ การเก็บรวบรวมขยะและคัดแยกขยะ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.38 ประเภทการบาดเจ็บ คือ ถูกวัตถุหรือของมีคมบาด ต้มแทงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.57 ลักษณะการบาดเจ็บคือ มีบาดแผลตื้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.06 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ คือ ข้อมือ มือ นิ้วมือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.72 สาเหตุการบาดเจ็บ จากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย คือ สภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.54 ในขณะที่พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย คือ ความประมาท พลังเพลอหรือเหม่อลอย

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.83 ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บส่วนใหญ่ คือ บาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ต้องหยุดงาน คิดเป็นร้อยละ 75.56

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และการบาดเจ็บจากการทำงาน ในพนักงานเก็บขยะพบว่า ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .395, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบว่า ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.116, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะ ($n = 312$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	
	r_s	p
ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	.395	< .001

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะ ($n = 312$)

ตัวแปร	การบาดเจ็บจากการทำงาน	
	r_s	p
ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	-.116	.021

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยโดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 83.97) ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานเก็บขยะมีโอกาสได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ และมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง อีกทั้งได้รับการอบรมเกี่ยวกับระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน ที่เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตราย การปฏิบัติงานอย่างถูกวิธีและมีความปลอดภัย ทำให้เกิดความตระหนัก ระวังระวังในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การที่พนักงานเก็บขยะปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพเป็นประจำ ทำให้ตระหนักว่างานที่ปฏิบัติอยู่มีอันตราย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของดวงเดือน ฤทธิเดช, มาน ปัทมะ พลขง, และมริสสา กองสมบัติสุข (2564) ที่พบว่า พนักงานในนิคมอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับดี (ร้อยละ 75.96) โดยพนักงานเก็บขยะมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมากที่สุด คือ การใส่นกัากอนามัย และน้อยที่สุด คือ การใช้แวนตานิรภัย ซึ่งเหตุผลในการไม่ใช้ คือ ทำงานไม่ถนัด/ไม่คล่องตัว ทั้งนี้ การใช้แวนตานิรภัยอาจทำให้สิ่งแวดล้อมกระเด็นเข้าตาจนเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานบริเวณดวงตาได้ ส่วนการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า พนักงานเก็บขยะมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมมากที่สุด คือ การเก็บขยะตามเส้นทางจุดเก็บขยะที่หน่วยงานกำหนดไว้

และมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ ห้อย โหน ทำยรตเก็บขยะ ขณะที่รถกำลังวิ่งไปตามจุดเก็บขยะ ทั้งนี้เนื่องจาก รตเก็บขยะเป็นรตแบบอัดท้ายที่ใช้ระบบไฮดรอลิครตบรรทุกแบบธรรมดา หรือรตกระเบะเล็กแบบเทท้าย ไม่มีที่นั่ง พนักงานเก็บขยะจึงต้องยืน/ห้อย/โหนอยู่ ทำยรตเก็บขยะ อาจทำให้รตเก็บขยะ โคนรตอื่นเฉี่ยวชน และเกิดการบาดเจ็บได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิชัย ใจขาน และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ (2562) ที่พบว่า พนักงานเก็บขนมูลฝอยมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดี โดยการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เน้นพฤติกรรม การปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัยในการทำงาน จะช่วยลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการทำงาน ซึ่งช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานได้

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บขยะเคยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 37.50 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของนริสรา เลิศพรสวรรค์ และคณะ (2560) ที่พบว่า พนักงานเก็บขยะมีการบาดเจ็บจากการทำงานในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 41.54 โดยขั้นตอนการปฏิบัติที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ การเก็บรวบรวมขยะและคัดแยกขยะ ทั้งนี้เนื่องจาก การปฏิบัติในขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลานานที่สุด หากขยะมีปริมาณมากขึ้นจะส่งผลให้ต้องปฏิบัติงานในขั้นตอนนี้มากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มระยะเวลาในการปฏิบัติงานและความถี่ต่อการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานได้มากขึ้น เมื่อพิจารณาประเภทการบาดเจ็บ พบว่า พนักงานเก็บขยะถูกวัตถุ หรือของมีคมบาด ต้มแทง มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสภาพการทำงานมีการสัมผัสวัตถุหรือของมีคมปลายแหลม เช่น ไม้เสียบลูกชิ้น แก้วแตก สำหรับลักษณะการบาดเจ็บ คือ มีบาดแผลตื้น มากที่สุด และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ คือ ข้อมือ มือ นิ้วมือ มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากพนักงาน

เก็บขยะต้องปฏิบัติงานที่อาศัยมือในการยก การย้ายถังขยะ และการหยิบจับขยะ ทำให้มีโอกาสนสัมผัสวัสดุหรือถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทงได้ส่วนสาเหตุการบาดเจ็บพบว่าเกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ซึ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Bleck & Wettberg, 2012) นอกจากนี้การบาดเจ็บจากการทำงานยังเกิดจากพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่า พนักงานเก็บขยะมีการปฏิบัติงานด้วยความประมาท พลังเพลหรือเหม่อลอย รวมทั้งไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีที่ว่า การบาดเจ็บจากการทำงานเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Heinrich, 1959) ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บส่วนใหญ่ คือ บาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ต้องหยุดงาน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการบาดเจ็บจากการทำงานนั้นเป็นเพียงบาดแผลตื้น ซึ่งเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยในระดับปฐมพยาบาล พนักงานเก็บขยะจึงยังสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า พนักงานเก็บขยะที่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับดีด้วย ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของ Rauscher and Myers (2014) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พนักงานเก็บขยะที่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอาชีวอนามัย มีการค้นหาหรือสอบถามข้อมูล นำไปสู่การสร้างการรับรู้ความรู้ ความตระหนักในการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะด้านอื่นๆ ตามมา ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น สามารถ

นำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งการมีความรู้และความเข้าใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์อันตรายจากการปฏิบัติงาน ทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร เกิดการตระหนักรู้และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสามารถรับรู้ คิดได้ มองเห็นประโยชน์และความสำคัญ เกิดความคิดรวบยอดที่นำไปสู่การมีความรู้และเกิดความตระหนักขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยผ่านการคิด ไตร่ตรอง เปรียบเทียบผลดี ผลเสียอย่างรอบครอบ ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฐิไมมะหาด และคณะ (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการของโรงงานอุตสาหกรรม

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการบาดเจ็บจากการทำงานในพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า พนักงานเก็บขยะที่มีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับสูงจะมีการบาดเจ็บจากการทำงานลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของ Rauscher and Myers (2014) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และแนวคิดทฤษฎีการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานโดมิโน (Heinrich, 1931) ที่ว่า การมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ดังนั้น หากพนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย การบาดเจ็บจากการทำงานจะไม่เกิดขึ้นหรือเกิดลดลง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rauscher and Myers (2014) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลอาชีวอนามัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่พนักงานเก็บขยะ เพื่อให้พนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และลดการบาดเจ็บจากการทำงาน

1.2 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะ และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมให้พนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ

2.2 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และการบาดเจ็บจากการทำงาน ในพนักงานเก็บขยะสังกัดหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีพื้นที่การทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้มีสภาพการทำงานและบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2547). *มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ณัฐรัฐ ไมะหาด, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, เคนศักดิ์ ยกยอน, และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ: กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 8(3), 427–442.

ดวงเดือน ฤทธิเดช, ฌาน ปัทมะ พลอย, และมริศสา กองสมบัติสุข. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 13–24.

ตฤณ ทิพย์สุทธิ์, กัลยา มั่นล้วน, และทรงกร สุถงการ. (2564). การป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานสำหรับพนักงานทั่วไป. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 5(3), 230–238.

ทัศนพงษ์ ดันดิปัญจพร, พัฒนพงษ์ ปั่นเหม่งเพ็ชร, และนพรัตน์ ศรีเครือแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(3), 1–14.

ธันนารี เจนวิที, และกาญจนา นาละพินธุ์. (2562). ปัญหาสุขภาพของพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2560. *วารสารวิชาการ สคร.* 9, 25(2), 16–25.

นริศรา เลิศพรสวรรค์, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, และธานี แก้วธรรมานุกุล. (2560). ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานเก็บขยะ. *พยาบาลสาร*, 44(2), 138–150.

- พนิตนันท์ แซ่ลี้ม, นิสากร ชีวะเกตุ, และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนคร อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(1), 298–306.
- พิชญพร พูนนาค, สุนทร ศุภพงษ์, และธนะภูมิ รัตนานพวงศ์. (2560). อัตราอุบัติเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคกลาง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(2), 143–154.
- มริสสา กองสมบัติสุข, ฌาน ปัทมะ พलयง, และดวงเดือน ฤทธิเดช. (2563). ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(2), 112–120.
- ศราวุฒิ แสงคำ, และจำลอง อรุณเลิศอารีย์. (2562). สิ่งคุกคามสุขภาพในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยและแนวทางการป้องกัน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 649–657.
- สถิรัตน์ นิตรมร, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และธนาศรี สีหะบุตร. (2564). ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 232–241.
- สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา. (2564). *ข้อมูล อบท. จ.นครราชสีมา*. สืบค้นจาก <https://www.koratdla.go.th/public/>
- สิทธิชัย ใจขาน, และวราภรณ์ พันธุ์ศิริ. (2562). พฤติกรรมและความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 50–59.
- Bleck, D., & Wettberg, W. (2012). Waste collection in developing countries – Tackling occupational safety and health hazards at their source. *Waste Management*, 32(11), 2009–2017. doi:10.1016/J.WASMAN.2012.03.025
- Cox, S., & Jones, B. (2006). Behavioural safety and accident prevention short-term ‘Fad’ or sustainable ‘Fix’? *Process Safety and Environmental Protection*, 84(B3), 164–170. doi:10.1205/psep.05186
- Health and Safety Executive. (2021). *Waste statistics in Great Britain, 2021*. Retrieved from <https://www.hse.gov.uk/statistics/industry/waste-recycling.pdf>
- Health and Safety Executive. (2022). *Waste statistics in Great Britain, 2022*. Retrieved from <https://www.hse.gov.uk/statistics/assets/docs/waste-recycling.pdf>
- Heinrich, H. W. (1931). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. New York: McGraw-Hill.
- Heinrich, H. W. (1959). *Industrial accident prevention: A scientific approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Book.

- Levy, B. S., Wegman, D. H., Baron, S. L., & Sokas, R. K. (2011). *Occupational and environmental health: Recognizing and Preventing Disease and Injury* (6th ed.). New York: Oxford University Press.
- Liu, X., Huang, G., Huang, H., Wang, S., Xiao, Y., & Chen, W. (2015). *Safety climate, safety behavior, and worker injuries in the Chinese manufacturing industry. Safety Science*, 78, 173–178. doi:10.1016/j.ssci.2015.04.023
- Nkem, A. N., Hassim, M. H., & Kidam, K. (2015). Relationship between unsafe acts/condition and accidents in construction company in Nigeria. *Jurnal Teknologi (Sciences & Engineering)*, 75(6), 73–77. doi:10.11113/jt.v75.5189
- Rauscher, K. J., & Myers, D. J. (2014). Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 21(1), 81–89. doi:10.1080/17457300.2013.792288
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Solid Waste Association of North America. (2022). *Refuse and recyclable materials collection now 7th deadliest job in United States*. Retrieved from <https://swana.org/news/swana-news-archive/article/2022/12/16/refuse-and-recyclable-materials-collection-now-seventh-deadliest-job-in-united-states>
- Takala, J. (2019). Burden of injury due to occupational exposures. In U. Bültmann & J. Siegrist (Eds.), *Handbook of disability, work and health, Handbook series in occupational health sciences* (pp. 1–22). Cham: Springer.

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
ในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง*
Factors Influencing Premature Sexual Intercourse
in Female High School Students of a District
in the Lower Northern Province***

นิภาธร มั่นฤทธิ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Nipathron Manrit, M.P.H. (Public Health)¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ประ.ด. (ประชากรศาสตร์)²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography)²

Received: August 14, 2025 Revised: November 5, 2025 Accepted: November 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 472 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .79-.97 และแบบสอบถามการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกแบบทวิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nipathronm63@nu.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 20.76 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน (AOR = .81, 95% CI = .73-.90, $p < .001$) ความถี่ในการสูบบุหรี่ (AOR = 4.68, 95% CI = 1.80-12.17, $p < .01$) อิทธิพลจากเพื่อน (AOR = 1.09, 95% CI = 1.04-1.14, $p < .01$) สถานภาพสมรสของบิดามารดา (AOR = 2.43, 95% CI = 1.28-4.59, $p < .01$) ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ (AOR = .89, 95% CI = .82-.96, $p < .01$) การเคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว (AOR = 10.46, 95% CI = 1.95-56.06, $p < .01$) การมีแฟนในปัจจุบัน (AOR = 12.30, 95% CI = 2.37-63.83, $p < .01$) และความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (AOR = .34, 95% CI = .17-.69, $p < .01$) โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมกันทำนายโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงได้ร้อยละ 52.90

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมสร้างค่านิยมทางเพศในวัยเรียนและกิจกรรมที่ช่วยลดอิทธิพลจากเพื่อน เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง

คำสำคัญ: การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพศสัมพันธ์ นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to determine premature sexual intercourse and factors influencing premature sexual intercourse in female students. The participants were 472 female high school students of a district in the lower northern province. The research instruments included the questionnaires regarding predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with reliabilities in the range of .79-.97, and a premature sexual intercourse questionnaire. Data were collected from October to December 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

The research results revealed that 20.76% of female students experienced sexual intercourse. The factors that statistically significantly influenced premature sexual intercourse in female students were composed of sexual value (AOR = .81, 95% CI = .73-.90, $p < .001$), smoking (AOR = 4.68, 95% CI = 1.80-12.17, $p < .01$), peer influence (AOR = 1.09, 95% CI = 1.04-1.14, $p < .01$), parental married status (AOR = 2.43, 95% CI = 1.28-4.59, $p < .01$), sexual curiosity (AOR = .89, 95% CI = .82-.96, $p < .01$), having had a boyfriend (AOR = 10.46, 95% CI = 1.95-56.06, $p < .01$), currently having a boyfriend (AOR = 12.30, 95% CI = 2.37-63.83, $p < .01$), and erotic media consumption (AOR = .34, 95% CI = .17-.69, $p < .01$). These factors could predict premature sexual intercourse in female students at 52.90%.

This research suggests that school executives and related agencies should provide activities to promote sexual value and reduce peer influence. This will help prevent premature sexual intercourse in female students.

Keywords: Premature sexual intercourse, Sexual intercourse, Female high school students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาคำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย หากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์จนนำไปสู่การตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เฉลี่ย 51 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก และสูงเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนสถิติการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่านักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17.70, 16.90 และ 16.20 ตามลำดับ (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) จากปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น องค์การสหประชาชาติจึงกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals [SDGs]) (World Health Organization, 2018)

เหตุปัจจัยสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คือ กลุ่มเพื่อน ประกอบกับฮอร์โมนเพศที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศ และมีสิ่งกระตุ้น เช่น การเที่ยวกลางคืน การดื่มสุรา หรือการอยู่ในบรรยากาศที่เป็นใจจะกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ (ธนิษฐ์ รัตนโอฬาร, 2556) ส่วนผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีทั้งปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับทุกภาคส่วน จึงผลักดัน

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 เป็นเครื่องมือในการจัดการปัญหาทั้งระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และมีทักษะชีวิตที่ดี เมื่อประสบปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2562)

จากข้อมูลสภาพปัญหา สภาวะด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมของวัยรุ่น องค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพวัยรุ่น คือ ส่งเสริมพัฒนาการ สุขภาพในวัยรุ่น และป้องกันแก้ไขเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความรู้เรื่องเพศทัศนคติต่อเรื่องเพศ การตระหนักตัวตนในเรื่องเพศของวัยรุ่น ตลอดจนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมจากครอบครัว ได้แก่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ของ Green and Kreuter ที่สร้าง PRECEDE-PROCEED Model (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดดังกล่าวในส่วน PRECEDE Model มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายให้เหมาะสมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง

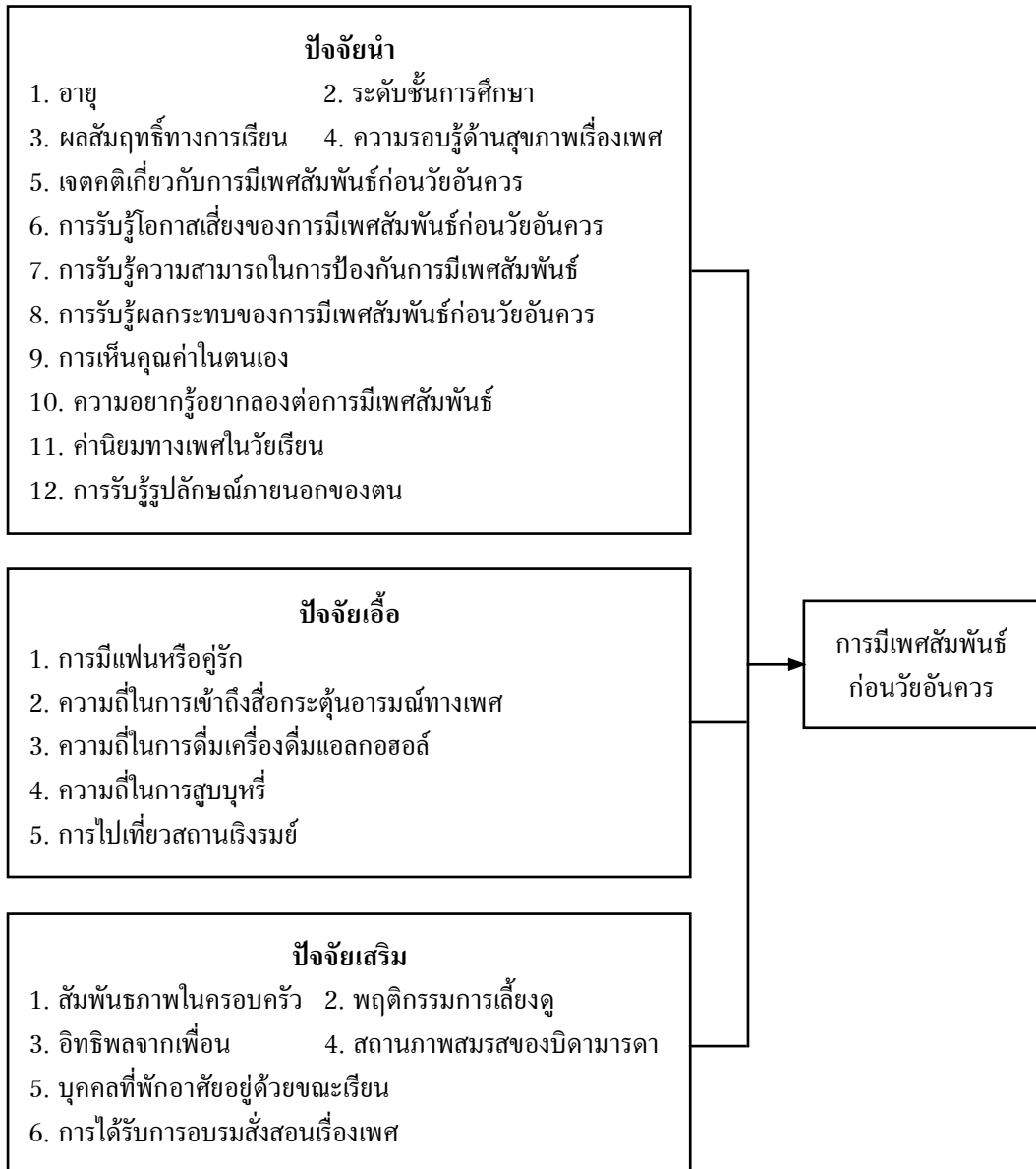
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศ เจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเห็นคุณค่าในตนเอง ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน และการรับรู้รูปลักษณ์ภายนอกของตน) ปัจจัยเอื้อ (การมีแฟนหรือคู่วัย ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการ

สูบบุหรี่ และการไปเที่ยวสถานเริงรมย์) และปัจจัยเสริม (สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดู อิทธิพลจากเพื่อน สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน และการได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ) มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และสามารถร่วมกันทำนายการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่างได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศ เจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเห็นคุณค่าในตนเอง ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน และการรับรู้รูปลักษณ์ภายนอกของตน 2) ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การมีแฟนหรือคู่วัย ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ และ 3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดู อิทธิพลจากเพื่อน สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน และการได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของ

อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 1,081 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวน

ประชากร (Daniel, 1995) แทนค่าสัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เท่ากับร้อยละ 16.20 (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค, 2562) และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .025 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 472 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงเรียนและแต่ละชั้นปี จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากเลขที่ของนักเรียน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 16 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15–21 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 6 ข้อ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ

โดยองค์ประกอบที่ 2–5 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับองค์ประกอบที่ 6 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ถูกต้องน้อยที่สุด ถูกต้องน้อย ถูกต้องปานกลาง และถูกต้องมาก คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศอยู่ในช่วง 30–149 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีพอ (30–88 คะแนน) ในระดับพอใช้ (89–118 คะแนน) และในระดับดีมาก (119–149 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับไม่ดี (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับดี (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และ

ในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการใช้เพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ คิดว่าทำไม่ได้แน่นอน คิดว่าทำไม่ได้ ไม่แน่ใจ คิดว่าทำได้ และคิดว่าทำได้แน่นอน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ผลกระทบในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง และจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 8 แบบสอบถามความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความอยากรู้อยากลองในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง

(3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 9 แบบสอบถามค่านิยมทางเพศในวัยเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีค่านิยมทางเพศในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 10 แบบสอบถามการรับรู้รูปลักษณ์ภายนอกของตน ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่จริงเลย ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง และจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้รูปลักษณ์ในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 11 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การมีแฟนหรือคู่รัก ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 12 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง

(2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 13 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ จริ้น้อยที่สุด จริ้น้อย จริ้นปานกลาง จริ้นมาก และจริ้นมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 14 แบบสอบถามอิทธิพลจากเพื่อนผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีอิทธิพลจากเพื่อนในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 15 แบบสอบถามการได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการอบรมสั่งสอนในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 16 แบบสอบถามการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดที่ 4–10 และชุดที่ 12–15 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย (2 คน) และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ด้านงานสุขภาพประชาชน ได้คำนวณความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 4–10 เท่ากับ .91, .95, .83, .90, .94, .79 และ .95 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 12–15 เท่ากับ .88, .88, .97 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 389/2022 และ IRB No. P3-0055/2565 วันที่ 29 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละแห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการจัดเตรียมห้องสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลตามความสะดวกของโรงเรียน โดยจัดโต๊ะนั่งคล้ายการสอบ จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง แล้วให้ส่งคืนในกล่องที่ปิดมิดชิด ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยนำ และข้อมูลปัจจัยเสริม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยเอื้อ และข้อมูล การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (ตัวแปรตามมีคำตอบ เป็นเคยหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) วิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีอายุดำรง-สูงสุด คือ 15-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 16.61 ปี ($SD = .98$) ระดับชั้นการศึกษา คือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.29 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำสุด-สูงสุด คือ 1.52-4.00 โดยมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย 3.30 ($SD = .47$) สถานภาพสมรสของ บิดามารดา คือ บิดามารดาอยู่ด้วยกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.24 และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน คือ บิดามารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.83

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศในระดับพอใช้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.91 ($M = 96, SD = 3.68$)

3. เจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.19 ($M = 3.42, SD = .65$)

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 ($M = 3.27, SD = 1.01$)

5. การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ ส่วนใหญ่มีการรับรู้

ความสามารถในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.55 ($M = 3.85, SD = 1.08$)

6. การรับรู้ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีการรับรู้ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.14 ($M = 3.59, SD = .98$)

7. การเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ ส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 65.89 ($M = 3.94, SD = .83$)

8. ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.58 ($M = 3.65, SD = .95$)

9. ค่านิยมทางเพศในวัยเรียนของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีค่านิยมทางเพศในวัยเรียนในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.33 ($M = 3.29, SD = .88$)

10. การรับรู้รูปลักษณ์ภายนอกของตนเองของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีการรับรู้รูปลักษณ์ภายนอกของตนเองในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.27 ($M = 3.33, SD = .90$)

11. ปัจจัยเอื้อของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ มีแฟนหรือคูรักในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 43.86 มีความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ 1-2 วันต่อครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.96 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 49.79 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 88.56 และไม่เคยไปเที่ยวสถานเริงรมย์ คิดเป็นร้อยละ 90.68

12. สัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ

มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ($M = 3.55, SD = .83$)

13. พฤติกรรมการเลี้ยงดูของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ได้รับพฤติกรรมการเลี้ยงดูในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.73 ($M = 3.98, SD = .87$)

14. อิทธิพลจากเพื่อนของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 81.99 ($M = 1.61, SD = .89$)

15. การได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.62 ($M = 3.81, SD = 1.05$)

16. การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนหญิงฯ เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 20.76 ในจำนวนนี้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 80.61 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกครั้งสุดท้ายกับแฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 87.76 มีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 77.55 ในจำนวนนี้ใช้วิธีคุมกำเนิด คือ การใช้ถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 75

17. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน โดยนักเรียนหญิงฯ ที่มีค่านิยมทางเพศในวัยเรียนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลงร้อยละ 19 ($AOR = .81, 95\% CI = .73-.90, p < .001$) 2) ความถี่ในการสูบบุหรี่ โดยนักเรียนหญิงฯ ที่เคยสูบบุหรี่มีโอกาส

มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนหญิงฯ ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 4.68 เท่า ($AOR = 4.68, 95\% CI = 1.80-12.17, p < .01$) 3) อิทธิพลจากเพื่อน โดยนักเรียนหญิงฯ ที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น 1.09 เท่า ($AOR = 1.09, 95\% CI = 1.04-1.14, p < .01$) 4) สถานภาพสมรสของบิดามารดา โดยนักเรียนหญิงฯ ที่บิดามารดามีสถานภาพสมรสแยก/หย่า/เสียชีวิต มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนหญิงฯ ที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน 2.43 เท่า ($AOR = 2.43, 95\% CI = 1.28-4.59, p < .01$) 5) ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ โดยนักเรียนหญิงฯ ที่มีความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลงร้อยละ 11 ($AOR = .89, 95\% CI = .82-.96, p < .01$) 6) การมีแฟนหรือคูรัก โดยนักเรียนหญิงฯ ที่เคยมีแฟน แต่เลิกกันแล้วมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนหญิงฯ ที่ไม่เคยมีแฟน 10.46 เท่า ($AOR = 10.46, 95\% CI = 1.95-56.06, p < .01$) และนักเรียนหญิงฯ ที่มีแฟนในปัจจุบันมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนหญิงฯ ที่ไม่เคยมีแฟน 12.30 เท่า ($AOR = 12.30, 95\% CI = 2.37-63.83, p < .01$) และ 7) ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ โดยนักเรียนหญิงฯ ที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศบ่อยกว่า 3-4 วันต่อครั้ง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรน้อยกว่านักเรียนหญิงฯ ที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศน้อยกว่า สัปดาห์ละครั้ง 2.94 เท่า ($AOR = .34, 95\% CI = .17-.69, p < .01$) โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมกันทำนายโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงฯ ได้ร้อยละ 52.90 (Nagelkerke $R^2 = .529$) โดยมีความถูกต้องในการทำนายร้อยละ 89.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 472)

ปัจจัย	B	Wald	AOR	95% CI	p
ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน	-.209	14.471	.81	.73-.90	< .001
ความถี่ในการสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง = ไม่เคยสูบบุหรี่)	1.544	10.037	4.68	1.80-12.17	.002
อิทธิพลจากเพื่อน	.083	11.294	1.09	1.04-1.14	.001
สถานภาพสมรสของบิดามารดา แยก/หย่า/เสียชีวิต (กลุ่มอ้างอิง = อยู่ด้วยกัน)	.886	7.406	2.43	1.28-4.59	.007
ความอยากรู้อยากทดลองต่อการมีเพศสัมพันธ์	-.120	7.932	.89	.82-.96	.005
การมีแฟนหรือคู่อภิ เคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว (กลุ่มอ้างอิง = ไม่เคยมีแฟน)	2.348	7.514	10.46	1.95-56.06	.006
มีแฟนในปัจจุบัน (กลุ่มอ้างอิง = ไม่เคยมีแฟน)	2.509	8.918	12.30	2.37-63.83	.003
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ บ่อยกว่า 3-4 วันต่อครั้ง (กลุ่มอ้างอิง = < สัปดาห์ละครั้ง)	-1.080	9.081	.34	.17-.69	.003

Percentage correct = 89.80%, Nagelkerke R² = .529

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมทางเพศในวัยเรียนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่มีค่านิยมทางเพศในวัยเรียนเพิ่มขึ้นมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ค่านิยมทางเพศเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงตามวัย และด้วยยุคสมัยที่เปลี่ยนไปทำให้นักเรียนสามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศได้มากขึ้น มีการรู้ทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เมื่อนักเรียนมีความรอบรู้เรื่องเพศดี และมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง จะส่งผล

ให้การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลงได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประทวนวันนิจ (2558) ที่พบว่า ค่านิยมเรื่องเพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน

ผลการวิจัยพบว่า ความถี่ในการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การสูบบุหรี่เข้าไปในร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทส่วนกลางอย่างรวดเร็ว มีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มมากขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย การยับยั้งชั่งใจลดลง นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

ตามมาได้ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) ที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนเพิ่มขึ้น มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุด โดยวัยรุ่นมักยึดเพื่อนเป็นแนวทางในการปฏิบัติตาม และให้ความสำคัญกับการคบเพื่อนมาก เนื่องจากเพื่อนสามารถตอบสนองความต้องการได้ ตั้งแต่เรื่องความต้องการความเป็นตัวเอง ความต้องการความเชื่อมั่น ความต้องการเป็นที่ยอมรับและยกย่อง หรือแม้กระทั่งความต้องการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนต่างเพศ (กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, กำไลทิพย์ ระน้อย, อาคมทิพย์เนตร, และศิริรัตน์ สีเหลือง, 2558) รวมถึงการที่กลุ่มเพื่อนช่วยยั่วยุให้มีแฟน คู่รัก หรือแสดงพฤติกรรมอื่นๆ ทางเพศ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และอนุชิต วรกา (2559) ที่พบว่า อิทธิพลจากเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่บิดามารดามีสถานภาพสมรสแยก/หย่า/เสียชีวิต มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่บิดามารดามีปัญหาการหย่าร้างหรือแยกทางกัน ทำให้เด็กต้องออกไปหาความอบอุ่นจากเพื่อนหรือแฟน ถือเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประทวน วันนิจ (2558) ที่พบว่า สถานภาพของบิดามารดาเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน โดยครอบครัวที่หย่าร้างหรือสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาไม่ดี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ผลการวิจัยพบว่า ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่มีความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และการรับรู้ในวัยรุ่น อาจมีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วด้านร่างกาย ทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสนขาดความเชื่อมั่น เกิดความอยากรู้อยากลอง แต่ในยุคปัจจุบัน วัยรุ่นสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย เมื่อเกิดความอยากรู้อยากลองจึงค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หรือสื่อต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้รับรู้ถึงผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จึงอาจไม่อยากลองกระทำจริง ทำให้ลดโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) ที่พบว่าการอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การมีแฟนหรือคู่รักมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่เคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้วและนักเรียนที่มีแฟนในปัจจุบัน มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีแฟน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่วัยรุ่นมีพัฒนาการทางเพศ เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม จนความสัมพันธ์พัฒนาเป็นความรัก บางครั้งเกิดความรู้สึกต้องการทางเพศ จึงนำไปสู่การ

มีเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2563) ที่พบว่า การเคยมีแฟนแต่เลิกกัน และการมีแฟนในปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยนักเรียนที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศบ่อยกว่า 3-4 วันต่อครั้ง มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรน้อยกว่านักเรียนที่เข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้นักเรียนจะมีการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศค่อนข้างบ่อย แต่อาจสามารถจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถระบายออกและลดความต้องการลงได้ จึงลดโอกาสมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณิชภัทร ปูนมีกิจ (2559) ที่พบว่า การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมสร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับนักเรียนหญิง และกิจกรรมที่ช่วยลดอิทธิพลจากเพื่อน โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนหญิงที่สูบบุหรี่ มีแฟนหรือคู่อรัก บิดามารดาแยกกันอยู่ หย่าร้าง หรือเสียชีวิต เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง โดยเน้นกิจกรรมสร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมและกิจกรรมที่ช่วยลดอิทธิพลจากเพื่อน และศึกษาผลของโปรแกรม

ต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: แอดวานส์ปรีนติ้ง.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, กำไลทิพย์ ระน้อย, อาคม ทิพย์เนตร, และศิริรัตน์ สีเหลือง. (2558). *หนังสือรายวิชา พื้นฐาน สุขศึกษา 5*. นนทบุรี: เอ็มพันธ์.
- ณิชภัทร ปูนมีกิจ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนิษฐ์ รัตนโอฬาร. (2556). เหตุปัจจัยของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 12(1), 64-72.
- นวลลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 12(1), 38-48.
- ประทวน วันนิจ. (2558). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนก่อนวัยอันควร เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ในเขตพื้นที่ห้วยจรเข้มาก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 10(1), 78-88.
- ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 149-163.

- พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2560). ประสบการณ์การสูบบุหรี่ของหญิงวัยรุ่นตอนปลาย: กรณีศึกษานักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 9-18.
- มนิรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และอนุชิต วรกา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง: กรณีศึกษาในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(3), 284-298.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2562). *ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์*. สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2562). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2018). *Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)*. Retrieved from <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>
-

พัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก The Development and Operation Trend of the Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, กศ.ด. (การอุดมศึกษา) ¹

Benjawan Timsuwan, Ed.D. (Higher Education) ¹

ลลิตา เดชาวุธ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ² มณฑนา เหมชะญาติ, Ph.D. (Nursing) ³

Lalita Dechavoot, M.N.S. (Family Nursing) ² Monthana Hemchayat, Ph.D. (Nursing) ³

เกล็ดดาว จันททีโร, วท.ม. (การบริหารโรงพยาบาล) ⁴

Kleddao Chanthateero, M.Sc. (Hospital Administration) ⁴

Received: May 2, 2025 Revised: December 1, 2025 Accepted: December 2, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย นายกสมาคม จำนวน 9 คน และกรรมการอำนวยการ จำนวน 22 คน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน (วาระ พ.ศ. 2565-2567) รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีค่าความเชื่อมั่น .93 แนวการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่น 1 และแนวการสนทนากลุ่มผู้ช่วยพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2567

^{1,3} อดีตนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

^{1,3} Former President, The Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

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

⁴ สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

⁴ Member, The Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ในช่วงระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานของสมาคมฯ แบ่งออกเป็น 3 ยุค ได้แก่ 1) ยุคก่อร่างสร้างตัว (พ.ศ. 2517–2534) เป็นยุคของการก่อเกิดรากฐานที่สำคัญอันได้แก่ การสร้างเครือข่ายและวัฒนธรรมการทำงานที่ดี 2) ยุคแห่งการเติบโตและแข็งแกร่ง (พ.ศ. 2535–2547) เป็นยุคที่การดำเนินงานมีประสิทธิภาพทั้งด้านการรวบรวมสมาชิก การหารายได้ และการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลในโรงพยาบาลให้มีความเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น และ 3) ยุคการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (พ.ศ. 2548–2567) เป็นยุคที่บริบทของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและผันผวน แต่องค์กรยังคงธำรงรักษาวัฒนธรรมที่ดีในการทำงาน ซึ่งการดำเนินงานทั้ง 3 ยุคนี้ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ และในอนาคต องค์กรต้องปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบที่เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำหน้าที่ของสมาคมวิชาชีพ

คำสำคัญ: พัฒนาการ แนวโน้มการดำเนินงาน

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

Abstract

This qualitative research was conducted to examine the development and operation trend of the Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office. The participants consisted of nine presidents and twenty-two board of committee, both past and present terms (the term of 2022–2024); as well as eight professional nurses and ten practical nurses. The research instruments consisted of an in-depth interview guideline with a reliability of .93, a focus group discussion guideline for professional nurses with a reliability of 1, and a focus group discussion guideline for practical nurses with a reliability of 1. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and reviewing the relevant documents from May to July 2024. Data were analyzed by content analysis.

The research results revealed that the 50-year operation of the association was divided into 3 eras: 1) the establishment era (1974–1991), which was the period of the establishment of important foundations in terms of networking and good corporate culture; 2) the growth and strength era (1992–2004), which was the period of more efficient operations and concrete standardization of nursing professionals amidst changes in the quality assurance system in healthcare of the country; and 3) the adaptation era (2005–2024), which was the period of operating in rapidly changing and volatile contexts while

maintaining a good corporate culture. In summary, it can be pointed out that the association has been able to maintain its role and value as a professional association due to the transformative leadership of the presidents and executive team in each period. However, in the future, the association may need to adjust its operations to meet the needs of its members, consisting of many groups and generations, as well as to be relevant to the context of society.

This research suggests that the Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office, should utilize the findings for developing the strategic plans in order to obtain goals of professional association functioning.

Keywords: Development, Operation trend,
The Nurses' Association of Thailand, Eastern Branch Office

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาลสมัยใหม่ในประเทศไทย ซึ่งมีต้นแบบจากประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ได้รับการส่งเสริมและสร้างคุณประโยชน์ให้กับสังคมไทย มาเป็นระยะเวลานานนับศตวรรษ นับจากการก่อตั้ง โรงเรียนหญิง แพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลไข้ ณ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2439 (คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ต่อมา ในปี พ.ศ. 2457 มีการก่อตั้งโรงเรียนนางพยาบาล สภาภษาคณ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (สถาบันการ พยาบาลศรีสวรินทรา สภาภษาคณไทย, ม.ป.ป.) ในระยะ ต่อมาเมื่อมีผู้สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาลมากขึ้น จึงได้มีการก่อตั้งสมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2470 โดยได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลสำคัญหลายท่าน และมีนายกสมาคมฯ ท่านแรก คือ หม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ ต่อมา สมาคมฯ ได้รับการเปลี่ยนชื่อตามบริบทของสังคมและ ประเทศ โดยครั้งหลังสุดใช้ชื่อว่า สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เมื่อปี พ.ศ. 2529 นับได้ว่าสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยฯ เป็นองค์กรวิชาชีพสตรีแห่งแรกที่ ก่อตั้งขึ้นในประเทศไทยและดำเนินงานมาจนปัจจุบัน

(พ.ศ. 2567) นับเป็นระยะเวลา 97 ปี โดยทำหน้าที่ เป็นศูนย์กลางเพื่อให้การดูแล สนับสนุนสมาชิกที่เป็น พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น เพื่อให้การดูแลสมาชิกอย่าง ครอบคลุมทั่วประเทศ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จึงดำเนินการจัดตั้งสำนักงานสาขา 4 สาขา ได้แก่ สำนักงานสาขาภาคเหนือ สำนักงานสาขาภาคใต้ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก และสำนักงานสาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงาน สาขาภาคตะวันออก เป็นสำนักงานสาขาลำดับที่ 3 ก่อตั้งเมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2517 สำนักงาน ตั้งอยู่ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่ 36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี เริ่มแรกรับผิดชอบดูแลสมาชิกในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด นครนายก ปราจีนบุรี ระยอง และสระแก้ว ปัจจุบันเพิ่มจังหวัด สมุทรปราการ รวมเป็น 9 จังหวัด ตลอดระยะเวลา 5 ทศวรรษที่ผ่านมา สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ดำเนินงานที่สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของสังคมแต่ละช่วง อย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีกลยุทธ์ การดำเนินงานภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จำนวน 7 ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2513 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2518 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2525 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2539 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2551 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2566)

สำหรับประเด็นที่ท้าทายการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ในช่วงแรก คือ การรวบรวมสมาชิกและเครือข่ายเพื่อความเป็นปึกแผ่น ระยะต่อมา เมื่อมีการก่อตั้งสภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพตามกฎหมาย สมาคมฯ ดำเนินงานเพื่อให้การสนับสนุนสภาการพยาบาลในการพัฒนาสมาชิกและวิชาชีพการพยาบาลให้มีบทบาทที่ชัดเจนขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเน้นคุณภาพและมาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการบริการสุขภาพในสถานพยาบาลเพื่อเป็นหลักประกันให้กับประชาชนในเรื่องความปลอดภัย โดยกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องได้รับการรับรองคุณภาพระดับชาติ และพัฒนาขึ้นเพื่อการยอมรับในระดับสากลมากขึ้น ดังนั้น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก จึงต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการพยาบาลให้มีมาตรฐาน โดยการสนับสนุนและส่งเสริมสมาชิกให้ปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ ขณะเดียวกันจะต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสมาชิกควบคู่ไปในเวลาเดียวกันด้วย ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบผันผวนของบริบทในสังคมที่มีลักษณะ VUCA ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง นอกจากนี้ วิกฤต COVID-19 ที่มีผลกระทบในวงกว้างทั่วโลกและมีระยะเวลายาวนานกว่า 2 ปี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวแบบวิถีปกติใหม่

(new normal) ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และองค์กร จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ได้ปรับตัวและดำเนินงานให้ตอบสนองความต้องการของสมาชิกที่เป็นคนรุ่นใหม่ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาพัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จำนวน 7 ฉบับ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2513 ถึงฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566) การศึกษาพัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมฯ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก เพื่อการบรรลุเป้าหมายในการทำหน้าที่ของสมาคมวิชาชีพได้อย่างมีคุณค่าตามบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มทุกช่วงวัย อันจะส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาลต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารากฐานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานที่ผ่านมาในอดีตถึงปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก
3. เพื่อศึกษาแนวทางการเพิ่มคุณค่าจากการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมในอนาคต

สมมติฐานการวิจัย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก มีการดำเนินงานตามการเปลี่ยนแปลง

บริบทของสังคมอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน และมีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานเข้าสู่เป้าหมายของการบรรลุวัตถุประสงค์ของสมาคมตามการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคม

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเน้นการพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในยุคต่างๆ เพื่อสะท้อนพัฒนาการและแนวโน้มการดำเนินงานภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ตั้งแต่ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2513 ถึงฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นคณะกรรมการอำนวยการและสมาชิกของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2517 ถึง พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นผู้ที่จดจำการดำเนินงานของสมาคมในอดีตได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 49 คน ประกอบด้วย นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 9 คน กรรมการอำนวยการ จำนวน 22 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 5-10 ปี จำนวน 8 คน และผู้ช่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกอดีตนายกสมาคมฯ อดีตกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1) การดำเนินงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนงาน โครงสร้างองค์กร เทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างความร่วมมือและการสร้างเครือข่าย 2) ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของสมาคมฯ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และการแก้ไข 4) ผลงานโดดเด่น 5) บริบททางสังคม สาธารณสุข และการพยาบาล ที่ทำให้ปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน และ 6) แนวโน้มและทิศทางการดำเนินงานอีก 5 ปีข้างหน้า

2. แนวการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการดำเนินงานของสมาคมฯ 2) การดำเนินงานของสมาคมที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกต่อวิชาชีพ และต่อสังคม 3) ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของสมาคม โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน พร้อมเหตุผล และ 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานของสมาคมฯ ให้ตอบสนองความต้องการของสมาชิกและสังคมในปัจจุบันและอนาคต 5 ปีข้างหน้า

3. แนวการสนทนากลุ่มผู้ช่วยพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับสมาคมพยาบาล หรือการรวมกลุ่มเฉพาะผู้ช่วยพยาบาลในประเทศไทย 2) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ท่านรู้จักเป็นอย่างไร และ 3) ความต้องการให้สมาคมฯ ดำเนินการเพื่อประโยชน์ต่อสมาชิกสมทบ ต่อวิชาชีพ และต่อสังคม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกอดีตนายกสมาคมฯ อดีตกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และกรรมการอำนวยการสมาคมฯ แนวการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และแนวการสนทนากลุ่มผู้ช่วยพยาบาล ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารองค์การพยาบาล จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกฯ ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (inter-rater reliability) โดยสัมภาษณ์เชิงลึกนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขากายวิภาคศาสตร์ การอำนวยการทั้งอดีตและปัจจุบัน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน หาค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต ได้ค่าเท่ากับ .93 นำแนวการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ไปสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน หาค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต ได้ค่าเท่ากับ 1 และนำแนวการสนทนากลุ่มผู้ช่วยพยาบาล ไปสนทนากลุ่มกับผู้ช่วยพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน หาค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต ได้ค่าเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 036/67 วันที่ 30 เมษายน 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลขออนุญาตหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยเดินทางไปพบนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขากายวิภาคศาสตร์ และการอำนวยการ ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบวร จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลระยอง รวมทั้งการพบผ่านระบบออนไลน์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ

ผู้ให้ข้อมูลตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกฯ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที และดำเนินการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ใช้เวลากลุ่มละ 60 นาที ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักคนเดียว ส่วนทีมผู้วิจัยทำหน้าที่จดบันทึกและตรวจทานความเข้าใจข้อมูลให้ตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการวิเคราะห์แบบอุปมัย (analytic induction)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากเอกสารภาพถ่าย (สถานที่) และบุคคล อันประกอบด้วยนายกสมาคม และการอำนวยการที่มีประสบการณ์ในการร่วมดำเนินงานของสมาคมในตำแหน่งต่างๆ ซึ่งร่วมดำเนินงานมากกว่า 1 วาระ

ผลการวิจัย

1. รากฐานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขากายวิภาคศาสตร์

รากฐานสำคัญที่ทำให้องค์กรดำเนินงานมีประสิทธิภาพ คือ การมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการเป็นแบบอย่างที่ดีที่ส่งต่อจากรุ่นพี่สู่น้อง จากอาจารย์สู่ศิษย์ ความรักในวิชาชีพ ความสามัคคี ความรับผิดชอบ ความเสียสละ ซึ่งการปฏิบัติตามแบบอย่างที่ดีทำให้เกิดการสร้างวิถีการปฏิบัติและบรรยากาศที่ดีขององค์กร (The TC4RE Podcast, n.d.) ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากนายกสมาคมที่ว่า “แรงบันดาลใจในการรับตำแหน่ง

นายกสมาคมฯ เพราะเห็นแบบอย่างที่ดีจากรุ่นพี่ที่เป็นอดีตนายกฯ และกรรมการฯ นอกจากการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลรุ่นน้อง” “มีความประทับใจต่อการทำงานของอดีตนายกสมาคมฯ ที่มีความทุ่มเท เสียสละ ประนีประนอม ซึ่งช่วยให้เกิดการทำงานเป็นทีมได้อย่างปรองดอง แม้จะมาจากต่างสถาบันต่างหน่วยงานกัน” “นายกสมาคมฯ คนแรก เป็นแรงบันดาลใจและแบบอย่างที่ดีในการเสียสละทำงานเพื่อสมาคม” และตัวอย่างคำสัมภาษณ์จากกรรมการอำนวยการที่ว่า “ความประทับใจในการร่วมทำงานของสมาคมฯ คือ การเห็นแบบอย่างการทำงานของนายกสมาคมฯ ที่มีภาวะผู้นำ ทำให้เกิดการร่วมมือร่วมใจกันอย่างเหนียวแน่น”

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ตั้งแต่ก่อตั้งถึงปัจจุบันมีจำนวน 16 คน ดังนี้ 1) นางสาวปรุง โกมารทัต วาระ พ.ศ. 2517-2521 2) นางสาวปิ่นประภา อัฐสุวรรณ วาระ พ.ศ. 2522-2525 และ พ.ศ. 2530-2532 3) นางสาวนันทนา โชตินันท์ วาระ พ.ศ. 2526-2527 4) นางสมศรี แสงแจ่ม วาระ พ.ศ. 2528-2529

5) นางสุมาลี ศรีวิณิช วาระ พ.ศ. 2533-2534 6) นางมาลี ถนอมคุณ วาระ พ.ศ. 2535-2536 7) นางสาวนิศย์ ภู่อี่ยม วาระ พ.ศ. 2537-2538 8) นางสาวบัว วงศ์ไพโรจน์ วาระ พ.ศ. 2539-2541 9) ผศ. ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ วาระ พ.ศ. 2542-2543 10) รศ. ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์ วาระ พ.ศ. 2544-2545 11) นางอิชชา สุวรรณกุล วาระ พ.ศ. 2546-2547 12) ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ วาระ พ.ศ. 2548-2549 และ พ.ศ. 2550-2552 13) ผศ. ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข วาระ พ.ศ. 2553-2555 และ พ.ศ. 2565-2567 14) นางจันทนา พงษ์สมบูรณ์ วาระ พ.ศ. 2556-2558 15) นางอรนุช มกรภิรมย์ วาระ พ.ศ. 2559-2561 และ 16) ดร.มณฑนา เหมชะญาติ วาระ พ.ศ. 2562-2564

ทั้งนี้ นางสาวปรุง โกมารทัต (ดังภาพ) ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งและนายกสมาคมฯ คนแรก ได้กล่าวว่า “สมาคมฯ เปรียบเสมือนบ้านของสมาชิก คนที่ไม่มีบ้านคือคนที่เร่ร่อน และควรปลูกฝังพยาบาล รวมถึงนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักถึงแนวคิดที่สำคัญนี้ เพื่อให้สมาชิกต้องมีหน้าที่ช่วยกันรักษาทะนุบำรุงบ้านให้มั่นคงแข็งแรง”



2. การดำเนินงานที่ผ่านมาในอดีตถึงปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคตของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก และจำแนกพัฒนาการขององค์กรเป็น 3 ยุค ดังนี้

1. ยุคก่อร่างสร้างตัว หมายถึง การดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 17 ปีแรก (พ.ศ. 2517-2534) กลยุทธ์การดำเนินงานที่สำคัญ คือ การสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะพัฒนาองค์กรให้มีความเข้มแข็ง เป็นปึกแผ่นทำประโยชน์ให้แก่สมาชิกและสังคม ด้วยบรรยากาศการทำงานที่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีผลการดำเนินงาน

โดยสรุปดังนี้

1.1 การสร้างทีมงานและเครือข่าย โดยเชิญผู้นำองค์กรพยาบาลจากโรงพยาบาล สถาบันการศึกษา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นคณะกรรมการอำนวยการ และจัดกิจกรรมของสมาคมแบบผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ

1.2 การรวบรวมสมาชิก เริ่มต้นโดยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสมาชิก จากนั้นมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนพยาบาลและผู้สำเร็จการศึกษาใหม่เข้าร่วมเป็นสมาชิก

1.3 การจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมวิชาการประจำปี ส่วนใหญ่จัดปีละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างเอกลักษณ์และอัตลักษณ์วิชาชีพการพยาบาล 2) งานเลี้ยงสังสรรค์เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก 3) การแข่งขันโบว์ลิ่ง เติมน้ำใจ และรับเงินบริจาค 4) โครงการวางแผนครอบครัวให้กับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6) การจัดสรรทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล 7) การพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 8) การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพผลิตผลงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง

2. ยุทธศาสตร์การเติบโตและแข็งแกร่ง หมายถึง การดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 13 ปีต่อมา (พ.ศ. 2535-2547) สะท้อนถึงการเติบโตและแข็งแกร่งขององค์กรในเรื่องการเพิ่มพูนเงินรายได้ และด้านมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล มีผลการดำเนินงานโดยสรุปดังนี้

2.1 การสืบสานต่อยอดการทำงานร่วมกันฉันพี่น้อง และการหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพจัดกิจกรรมสำหรับการจัดกิจกรรมต่อยอด ได้แก่ 1) การประชุมคณะกรรมการอำนวยการสัญจร 2) การจัดงานมุทิตาจิต 3) การมอบรางวัลพยาบาลดีเด่น 4) การจัดทำเว็บไซต์ 5) การส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม ICN 6) การต้อนรับผู้นำทางการพยาบาลจากต่างประเทศมาศึกษาดูงาน 7) การจัดการเลือกตั้งคณะกรรมการอำนวยการ 8) การจัด

ทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปี 9) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกียรติภูมิแห่งวิชาชีพ ในวันสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล และ 10) การจัดเวทีนำเสนอและประกวดผลงานวิจัยทางการพยาบาล

2.2 การเพิ่มพูนเงินรายได้ มีการจัดกิจกรรมเพื่อหารายได้ที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ 1) การจัดจำหน่ายของที่ระลึกต่างๆ ภายใต้แนวคิด “สวยงาม มีเอกลักษณ์ และเป็นประโยชน์” 2) การลงทะเบียนประชุมวิชาการที่ได้รับคะแนน CNEU ปีละ 2 ครั้ง 3) การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์เชื่อมความสัมพันธ์ และ 4) การจัดกิจกรรมพิเศษระดมทุน เช่น การจัดแรลลี่ (เดิน/รถ) การแข่งขันโบว์ลิ่ง กิจกรรมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ

2.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจ ถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน 2) การผลิตวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) การส่งตัวแทนเป็นคณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพของสภาการพยาบาลในการจัดทำมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ 4) การเป็นตัวแทนเข้าร่วมดำเนินการเรียกร้องค่าตอบแทนวิชาชีพการพยาบาลร่วมกับสภาการพยาบาลและสำนักงานการพยาบาล

3. ยุทธการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 20 ปีต่อมา (พ.ศ. 2548-2567) แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก ระหว่าง พ.ศ. 2548-2561 ระยะเวลา 14 ปี และช่วงหลัง ระหว่าง พ.ศ. 2562-2567 ระยะเวลา 6 ปี

3.1 ยุทธการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ช่วงแรก การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร คือ สถานการณ์ที่พยาบาลทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการมีภาระงานเพิ่มขึ้นจากการรับรองคุณภาพการให้บริการพยาบาลของสถานพยาบาล มีผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

3.1.1 การจัดประชุมวิชาการใหญ่สามัญประจำปีที่สุดคดคล้องกับการดำเนินงานตามมาตรฐาน

คุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และนโยบายของสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses [ICN]) โดยมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพเป็นวิทยากรเพิ่มมากขึ้น

3.1.2 การขยายภาคีเครือข่าย โดยสร้างเครือข่ายทีมวิจัยสาขาวิชาชีพ/สหสาขาวิชาชีพ/ชุมชน และจัดตั้งคลินิกวิจัย สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรพยาบาลภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1.3 การปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน เช่น การจัดสรรโควตาผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการจัดจำหน่ายของที่ระลึก การเชิญเกียรติสมาชิกที่ได้รับตำแหน่งผู้นำทางการพยาบาล การมอบเกียรติบัตรแสดงความชื่นชมและยกย่องพยาบาลที่ทำความดี และการพัฒนาเว็บไซต์ให้ตอบสนองพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่

3.2 ยุทธการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ช่วงหลัง การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร คือ วิกฤติการณ์การระบาดของ COVID-19 และสมาชิกที่เป็นคนรุ่นใหม่มีจำนวนมากขึ้น มีผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

3.2.1 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การประชุมคณะกรรมการอำนวยการออนไลน์ 2) การเพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านเฟซบุ๊กและแอปพลิเคชันไลน์ 3) การเลือกตั้งคณะกรรมการอำนวยการออนไลน์ 4) การประชุมวิชาการประจำปีในรูปแบบ free online และ 5) การมูทิตาจิตต่อพยาบาลผู้เกษียณอายุราชการออนไลน์

3.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ 1) การกำหนดวิสัยทัศน์ “การเป็นองค์กรวิชาชีพที่ส่งเสริมให้พยาบาลในภาคตะวันออกเป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข เป็นที่พึ่งของสังคมได้” 2) การจัดตั้งสำนักงานสมาคมฯ และห้องเกียรติยศอย่างถาวร 3) การเพิ่มการจัดสรรเงินทุนสนับสนุนการผลิตผลงานวิจัยที่สอดคล้องและตอบสนองวิสัยทัศน์ของสมาคมฯ 4) การประชาสัมพันธ์คุณค่า

ขององค์กรเชิงรุกในสถาบันการศึกษา 5) การขยายเครือข่ายการดำเนินงานจิตอาสาร่วมกับภาคประชาชน และ 6) การจัดจำหน่ายหน้าปกอเนกมัยที่ทำจากผ้าปักตราสัญลักษณ์

3.2.3 การจัดกิจกรรมเพื่อหารายได้สร้างคุณค่า และประชาสัมพันธ์องค์กรที่สำคัญ ได้แก่ 1) Nurse Run for Health 2019 (offline) และ Together Run Fun for Health 2023 (online & offline) 2) การบริจาคอุปกรณ์ ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หน้ากาก N-95 และเครื่องวัดความอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือด ให้กับโรงพยาบาลสนาม 3 จังหวัด คือ จันทบุรี ระยอง และชลบุรี 3) การจัดทำเข็มกลัดจากเหรียญที่ระลึกครบรอบวันพระราชสมภพสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 120 ปี และ 4) การจัดทำ e-book คำสอนสมเด็จพระยา

สำหรับทิศทางและแนวโน้มการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก มีดังนี้

1. ควรดำเนินงานที่ตอบสนองความต้องการของพยาบาลวิชาชีพทั้งที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก กลุ่มคนรุ่นใหม่ ได้แก่ การพัฒนาองค์กรให้สามารถพึ่งพิงได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนให้ผู้บริหารการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของความต้องการการสนับสนุนการทำงานของพยาบาลรุ่นใหม่ (Douglas & Gray, 2020; Rollan Oliveira & Siles González, 2021) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ค่าตอบแทนที่ยุติธรรม ความสมดุลของชีวิตส่วนตัวและการทำงาน และความก้าวหน้าในอาชีพ

2. ควรขยายการดำเนินงานไปยังสมาชิกสมทบอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้ช่วยพยาบาลให้ความสนใจและยินดีสมัครเป็นสมาชิกสมทบเพราะต้องการพัฒนาตนเองและต้องการให้องค์กรเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์

3. แนวทางการเพิ่มคุณค่าจากการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาค

ตะวันออก ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมในอนาคต
คุณค่าที่เกิดจากการดำเนินงานขององค์กร
ตลอด 50 ปี คือ วัฒนธรรมการทำงานที่ดี ได้แก่
การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อเพื่อเสริมพื้เนื้อ
ร่วมวิชาชีพ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน ความเสียสละ
การสร้างความร่วมมือ ความสามัคคี และภาวะผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงของทีมผู้บริหารองค์กร สำหรับแนวทาง
การดำเนินงานเพื่อสร้างคุณค่าขององค์กรให้เป็นที่
ประจักษ์ผ่านช่องทางการสื่อสารดิจิทัลที่ทันสมัย ได้แก่
การตลาดแนวใหม่ตามหลักการจิตวิทยาการตลาดและ
ประสาทวิทยาการตลาด ต่อสังคมในวงกว้าง

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในช่วงระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขากา
ตะวันออก ดำเนินงานภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ตาม
ข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ รวม 7 ฉบับ
ได้แก่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2513 ฉบับปรับปรุง พ.ศ.
2518 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2525 ฉบับปรับปรุง พ.ศ.
2539 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2551 ฉบับปรับปรุง พ.ศ.
2561 และล่าสุดฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 ผลการ
ดำเนินงานที่เด่นชัดของยุคก่อร่างสร้างตัว คือ ความเป็น
ปึกแผ่นจากการมีส่วนร่วมจากองค์กรพยาบาลใน
หลากหลายสังกัด ยุคแห่งการเติบโตและแข็งแกร่งมี
ความมั่นคงจากรายได้เพิ่มขึ้น พัฒนามาตรฐานของ
วิชาชีพการพยาบาล มีความเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น และ
ขยายความร่วมมือสู่องค์กรการพยาบาลและสถาบันการ
ศึกษาภาคเอกชน และยุคการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง
มีการสร้างผลงานวิจัยเพิ่มมากขึ้น บริการวิชาการ
ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในภาวะวิกฤต
COVID-19 และสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กร
อื่นๆ นอกเหนือจากองค์กรการพยาบาล

จากอดีตถึงปัจจุบัน องค์กรได้มีการปรับกลยุทธ์

การดำเนินงานตามการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคม
อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย
เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพทั้งที่เป็นสมาชิกและ
ไม่ได้เป็นสมาชิก ต่อวิชาชีพการพยาบาล และต่อสังคม
เมื่อเทียบกับกรอบวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับ
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.
2566 องค์กรมีผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่
1) การส่งเสริมจรรยาบรรณและความเป็นหนึ่งเดียว เป็น
ประโยชน์ต่อสมาชิก เช่น การจัดงานสังสรรค์จันทน์พื้เนื้อ
งานมุทิตาจิต มอบรางวัลพยาบาลดีเด่น เป็นประโยชน์
ต่อพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด เช่น ระดมทุนให้ความ
ช่วยเหลือพยาบาลทั่วประเทศที่ประสบภัยพิบัติทาง
ธรรมชาติ เป็นตัวแทนเข้าร่วมดำเนินการเรียกร้อง
ค่าตอบแทนวิชาชีพการพยาบาล และเป็นประโยชน์ต่อ
วิชาชีพการพยาบาล เช่น ร่วมเป็นคณะกรรมการ
การพัฒนาวิชาชีพ สภาการพยาบาล จัดทำมาตรฐาน
บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สนับสนุนสถาบัน
การศึกษาและหน่วยบริการพยาบาลในการจัดกิจกรรม
ประชาสัมพันธ์เกียรติภูมิแห่งวิชาชีพในวันพยาบาล
แห่งชาติและวันพยาบาลสากล 2) การเป็นศูนย์กลาง
ข้อมูล สร้างความเป็นธรรม สวัสดิภาพ เป็นประโยชน์ต่อ
สมาชิก เช่น การจัดประชุมคณะกรรมการอำนวยการ
สัญจรเพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้
ข้อเสนอแนะ การส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม ICN
Conference ณ ต่างประเทศ ประโยชน์ต่อพยาบาล
วิชาชีพทั้งหมด เช่น การจัดทำเว็บไซต์ การประชุม
วิชาการประจำปี และประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล
เช่น การสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล
การมอบทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษา/นิสิตพยาบาล
3) การพัฒนาวิชาชีพที่ทันสมัยเพื่อสภาวะประชาชน
เช่น การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการปฏิบัติการ
พยาบาลตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ 4) การให้บริการและสื่อสารด้านสุขภาพและ
การพยาบาล เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยการสร้าง
ความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัด

กิจกรรมเดิน-วิ่งการกุศล การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในวันสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล 5) การบำเพ็ญสาธารณกุศลด้านการพยาบาลแก่ประชาชน เช่น การเยี่ยมบ้านและบริจาคสิ่งของจำเป็นสำหรับผู้ป่วยพิการติดเตียงร่วมกับจิตอาสาภาคประชาชน และ 6) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กร สมาคม ชมรม ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กองการพยาบาล ชมรมจิตอาสาศูนย์ป็นน้ำใจสาธุมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กองทัพเรือ ในพระบรมราชินูปถัมภ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการอำนวยการ ทั้ง 3 ยุค ที่ดำเนินงานด้วยวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันที่ดี อันประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อเพื่อเสริมสัมพันธ์ร่วมวิชาชีพ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน ความเสียสละ ความร่วมมือ ความสามัคคี การเป็นแบบอย่างที่ดีของรุ่นพี่ สอดคล้องกับการศึกษาของพลิชฐ์ มะลิ (2565) ที่พบว่า บทบาทสำคัญของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือ การเปลี่ยนแปลงจากการใช้คำสั่งมาเป็นการสร้างการมีส่วนร่วม จากการควบคุมสู่การสร้างแรงบันดาลใจ จากการมุ่งแก้จุดอ่อนเป็นสนใจใช้จุดแข็งมากขึ้น และจากการอบรมอย่างเดียวเป็นเพิ่มการโค้ช และสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา เจตน์จันงค์ (2564) ที่พบว่า ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูงมีผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานขององค์กร ส่งผลให้เกิดความรักและความสามัคคีของกรรมการและอนุกรรมการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิชชาภา เกาะเต็น (2563) ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน และความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออก ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำหน้าที่ของสมาคมวิชาชีพได้อย่างมีคุณค่าตามบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในแต่ละช่วงวัย เช่น การเปรียบเทียบความต้องการ ความคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานสมาคมฯ ของสมาชิกในกลุ่ม Gen X กลุ่ม millennials (Gen Y) และกลุ่ม Gen Z เพื่อนำข้อค้นพบที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิก และเพิ่มคุณค่าให้สมาคมวิชาชีพการพยาบาลยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *ประวัติคณะพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก https://ns.mahidol.ac.th/Thai_Nursing_Museum/room2.html
- เนตรนภา เจตน์จันงค์. (2564). *ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของสถานศึกษาของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม.
- พลิชฐ์ มะลิ. (2565). *ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงใน Thailand 4.0. วารสารนิตยสารเสียงธรรมจากมหาชน*, 8(2), 11-23.

- พิชชาภา เกาะเต็น. (2563). ผลกระทบของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ที่ส่งผลต่อความผูกพัน และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท โตโยต้านครธน จำกัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. (ม.ป.ป.). ประวัติสถาบัน. สืบค้นจาก stin.ac.th/ประวัติสถาบัน/
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2566). ข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566). สืบค้นจาก https://www.thainurse.org/wordpress/?page_id=12616
- Douglas, K., & Gray, S. (2020). Generational complexities present new challenges for nurse leaders. *Nurse Leader*, 18(2), 126–129. doi:10.1016/j.mnl.2019.12.008
- Rollan Oliveira, S., & Siles González, J. (2021). Nursing professionals within the intergenerational context during the 20th and 21st centuries: An integrative review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(3). e14. doi:10.17533/udea.iee.v39n3e14
- The TC4RE Podcast. (n.d.). *Utilise role models: Building a positive organisational culture*. Retrieved from <https://tc4re.org/utilise-role-models-building-a-positive-organisational-culture/>

ทำเนียบ

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

วาระดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2567



นางสาวปรัง โคมารทิต

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2517 - 2521
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
และอดีตผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัย
สำนักงานปกครองส่วนท้องถิ่น



นางสาวปิ่นประภา อัฐสุวรรณ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2522 - 2525
และ วาระปี พ.ศ. 2530 - 2532
อดีตรองนายกเทศมนตรีเมืองจันทบุรี
และอดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
สำนักงานปกครองส่วนท้องถิ่น



นางสวณันทนา ไชตินันท์

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2526 - 2527
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลจันทบุรี



นางสมศรี แสงแจ่ม

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2528 - 2529
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลจันทบุรี

ทำเนียบ

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

วาระดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2567



นางสมาลี ศรีวินิจ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2533 - 2534
อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช



นางมาลี ถนอมคุณ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2535 - 2536
อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร



นางสาวนิตย์ ภูเี่ยม

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2537 - 2538
อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจันทบุรี



นางสายบัว วงศ์ไพโรจน์

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2539 - 2541
อดีตรองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ทำเนียบ

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

วาระดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2567



ผศ.ดร.สุนทราวดี เอียรพิเชฐ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2542 - 2543
อดีตคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



รศ.ดร.เรมา พงษ์เรืองพันธุ์

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2544 - 2545
อดีตรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา



นางอิษยา สุวรรณกุล

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2546 - 2547
อดีตหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ



ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2548 - 2549
และ วาระปี พ.ศ. 2550 - 2552
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ทำเนียบ

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สำนักงานสาขาภาคตะวันออก

วาระดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2567



ผศ.ดร.สุกรี ใจเจริญสุข

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2553 - 2555
และ วาระปี พ.ศ. 2565 - 2567
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลราชชนนีสุนทรเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



นางจันทนา พงษ์สมบุรณ์

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2556 - 2558
อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจันทบุรี



นางอรนุช มกรากิริมย์

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2559 - 2561
อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจันทบุรี



ดร.มันทนา เหมชะญาติ

ดำรงตำแหน่งวาระปี พ.ศ. 2562 - 2564
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันที หลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*

The Effectiveness of a Program Promoting Immediate and Continuous Breastfeeding in Conjunction with Family Support at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province*

พγμαศ ปิยะนันท์, ส.ม. (ภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ)¹

Phagamas Piyanant, M.P.H. (Leadership and Innovative Health Management)¹

นฤมล สิ้นสุพรรณ, ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)²

Narumon Sinsupan, M.A. (Medical and Public Health Social Science)²

ชนะพล ศรีฤาชา, ป.ร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)³

Chanaphol Sriruecha, Ph.D. (Medical and Public Health Social Science)³

Received: August 6, 2025 Revised: November 13, 2025 Accepted: November 25, 2025

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

* Master's Thesis of Public Health Program in Leadership and Innovative Health Management,
Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

¹ Master, Program in Leadership and Innovative Health Management, Faculty of Science and Technology,
College of Asian Scholars

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

² รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars: Co-advisor

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่น .84 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.480, p < .001$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.830, p < .001$; $t = 4.330, p < .001$; $t = 9.130, p < .001$; $t = 5.140, p < .001$ และ $t = 6.330, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวนี้ ไปใช้กับมารดาหลังคลอดในชุมชน เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 6 เดือน

คำสำคัญ: การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่อง มารดาหลังคลอด การสนับสนุนของครอบครัว

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a program promoting immediate and continuous breastfeeding in conjunction with family support. The participants consisted of 60 postpartum mothers who gave normal birth at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included a program promoting immediate and continuous breastfeeding in conjunction with family support, a personal information questionnaire, a knowledge about breastfeeding assessment

form with a reliability of .86, an attitude towards breastfeeding assessment form with a reliability of .85, an intention to breastfeed assessment form, a family involvement in breastfeeding assessment form, and a satisfaction in breastfeeding questionnaire with a reliability of .84. The implementation and data collection were conducted from October to December 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of satisfaction in breastfeeding than before the experiment ($t = 13.480, p < .001$). After the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of knowledge about breastfeeding, attitude towards breastfeeding, intention to breastfeed, family involvement in breastfeeding, and satisfaction in breastfeeding than the control group ($t = 7.830, p < .001$; $t = 4.330, p < .001$; $t = 9.130, p < .001$; $t = 5.140, p < .001$; and $t = 6.330, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses should implement this program promoting immediate and continuous breastfeeding in conjunction with family support for postpartum mothers in the communities. This will help the mothers perform their breastfeeding for six months.

Keywords: Immediate and continuous breastfeeding promotion, Postpartum mothers, Family support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารที่สำคัญและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของทารก ช่วยส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตทางร่างกายที่สมวัย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก เนื่องจากขณะที่มารดาให้ลูกดูดนมจะทำให้ฮอร์โมนออกซิโทซินหลั่งออกมา ส่งผลให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ช่วยเว้นระยะห่างในการมีบุตร ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม อีกทั้งยังช่วยลดน้ำหนักของแม่ในระยะหลังคลอด (กรมนามัย, 2563) สำหรับทารก ในระยะ 1-7 วันแรก นมแม่จะมีขดน้ำนมที่เรียกว่าหัวน้ำนมที่อุดมด้วยคาร์โบไฮเดรต โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ ซึ่งเป็นช่วงที่นมแม่มี

ภูมิคุ้มกันสูงสุด เปรียบเสมือนได้รับวัคซีนหยดแรกของชีวิต เพื่อป้องกันเชื้อโรคต่างๆ เพราะเด็กแรกเกิดจะยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองได้ ทารกที่ได้กินนมแม่จึงมีภูมิคุ้มกันและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งโรคภูมิแพ้ หอบหืด หูอักเสบ และช่วยให้ทารกมีการพัฒนาความสามารถทางสมองดีกว่าทารกที่ไม่กินนมแม่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ทารกควรได้รับนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และควรได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงอายุ 15–49 ปี ที่คลอดบุตรมีชีพ มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) กับทารกหลังคลอดเพียง ร้อยละ 5.60 มีทารกเพียงร้อยละ 29.40 ที่ได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีเพียงร้อยละ 28.60 ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวยในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และกินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น (World Health Organization [WHO], 2022) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ สามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก และเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานขึ้น ซึ่งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นการสนับสนุนให้มารดาและทารกได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ โดยการวางทารกแรกเกิดที่ได้รับการเช็ดตัวแล้วให้แนบอกมารดาที่ไม่มีเสื้อผ้ากั้นกลาง ด้วยสัญญาอนุญาตในการหาอาหารที่จำเป็นต่อการรอดชีวิต ทารกจะสืบคลานไปบนอกมารดาเพื่อหาเต้านมและเริ่มต้นดูดนมแม่ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะจะช่วยสร้างและหลั่งน้ำนมแม่เร็วขึ้น ช่วยให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรรณก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรรณ พาหุวัฒน์กร, และวิทยา ถิฐาพันธ์, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุน และปกป้องให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ ให้ทารกแรกเกิดกินนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2568 ทารกร้อยละ 50 จะได้กินนมแม่อย่างเดียวก ถึง 6 เดือน (WHO, 2021) ซึ่งสอดคล้องตามเป้าหมายของทุกประเทศทั่วโลก และได้อนุมัติให้โรงพยาบาล

ของรัฐทุกแห่งนำยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกมาเป็นแนวทางปฏิบัติ โดยดำเนินการตามหลัก “บันได 10 ขั้น” สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ที่องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟได้กำหนดขึ้น ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ (WHO, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดพบว่า การบริหารยกแขนขึ้นลงก่อนคลอด 1 วัน และการให้ลูกดูดนมแม่ทันทีหลังคลอดภายใน 1 ชั่วโมง และต่อเนื่องนาน 1 ชั่วโมง จะช่วยให้ให้น้ำนมแม่มาเร็ว ลดการเจ็บคัดหน้าอก และมีน้ำนมเพียงพอต่อการเลี้ยงลูก ร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับบริการสาธารณสุข การฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มารดามีความมั่นใจ และตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น (กรมอนามัย, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) ของ Ajzen (1991) ที่เชื่อว่า เจตคติ การคล้อยตามบุคคลอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะช่วยให้บุคคลเกิดความตั้งใจและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี จากการศึกษการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถใช้เป็นแนวทางในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกและต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด (นิตยา ไชยรัตน์ และศศิกานต์ กาละ, 2565)

การสนับสนุนทางสังคม (social support) ของบุคคลในครอบครัว ตามแนวคิดของ House (1981) เชื่อว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่าคุณได้รับการรัก

ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ จะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว อันได้แก่ สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี หรือญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จะเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือความรู้สึกของความรัก ความห่วงใย และการให้กำลังใจ ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ คือ การที่มารดาหลังคลอดได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากคนในครอบครัวในด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง หรือการกระทำที่ให้ความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเกิดความรู้สึกโล่งใจ อบอุ่นใจ และลดความวิตกกังวลได้ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และ 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้คำแนะนำ การซักถาม การให้คำปรึกษา หรือการให้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีอิทธิพลอย่างมากต่อมารดาหลังคลอดเป็นผู้ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของมารดาหลังคลอด การสนับสนุนจากญาติจึงช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสมสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ เช่นเดียวกับการที่มารดาหลังคลอดต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งต้องเผชิญกับอุปสรรคหลายด้าน การสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้มารดาหลังคลอดผ่านพ้นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และแก้ไขปัญหาลูกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนประสบความสำเร็จ (รักศิริ อาวชนางส์ และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, 2563)

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบว่ามีทารกคลอด 573 คน และ 632 คน ตามลำดับ โดยคลอดทางช่องคลอด 397 คน และ 320 คน ตามลำดับ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 176 คน และ 312 คน ตามลำดับ โดยมารดาหลังคลอดทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบปัญหาว่า ในช่วง 1-2 วันหลังคลอด น้านมไม่มาหรือมาน้อย ทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ และทารกส่วนใหญ่ไม่ได้รับนมแม่ทันทีหลังคลอด มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ได้รับการดูดนมแม่ทันทีหลังคลอดภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งการกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ทันทีหลังคลอด หรือการส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อในห้องคลอด ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทำได้เพียง 10-20 นาที และยังไม่ได้ทำในมารดาและทารกแรกคลอดทุกคน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจัดทำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดภายใน 1 ชั่วโมง และต่อเนื่องนาน 1 เดือน อย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งผลกระทบให้มารดามีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 6 เดือน อันนำไปสู่ผลลัพธ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี และเป็นรากฐานสำคัญของการเจริญเติบโตของทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

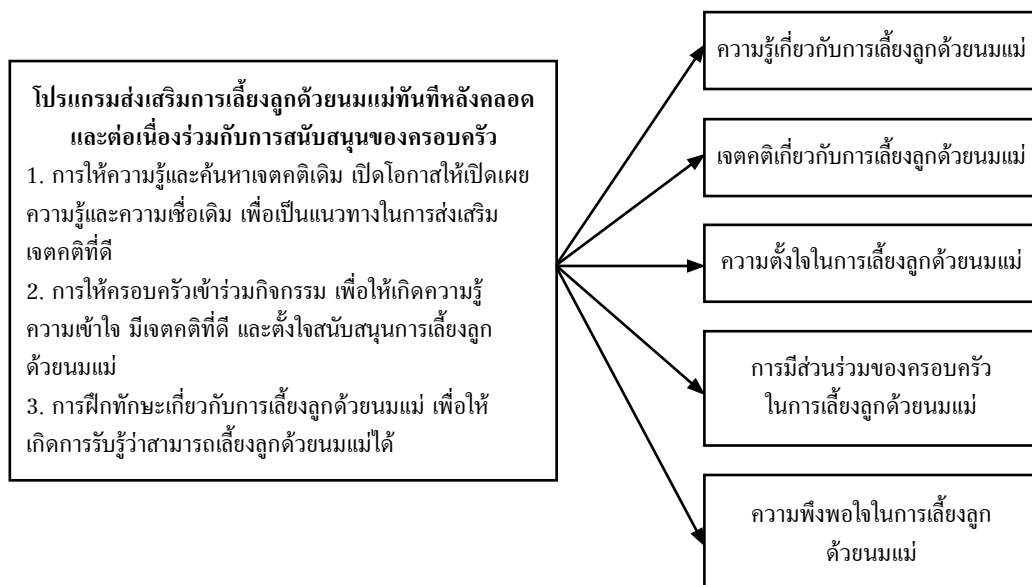
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอด และต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอธิบายว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสำเร็จ เกิดจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยเน้นการวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมนั้นมีการกำหนดโดยความตั้งใจของบุคคล ซึ่งมีปัจจัย

ที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจ 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ส่วน ได้แก่ 1) การให้ความรู้และการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้คู่มือที่สนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะมีการประเมินเจตคติของมารดาหลังคลอดว่าเป็นไปในทางใด มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกเป็นคำพูด และการส่งเสริมให้เกิดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม โดยการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง 1 เดือน 2) การให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเกิดความตั้งใจในการสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง 1 เดือน ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดการคล้อยตามครอบครัว นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การบีบเก็บน้ำนม การนํ้านมที่บีบเก็บมาใช้ สรุปลงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 72 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 19–40 ปี 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด 3) ไม่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน

โดยกำหนดให้มารดาหลังคลอด 30 คนแรก เป็นกลุ่มทดลอง และมารดาหลังคลอด 30 คนหลัง เป็นกลุ่มควบคุม เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอด และต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะก่อนคลอด ใช้เวลา 15–20 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายให้มารดาและสามี/ญาติทราบถึงประโยชน์ของการนำทารกมาดูดนมแม่เร็วภายใน 30 นาทีหลังคลอด และให้ดูครั้งแรกนานต่อเนื่อง 1 ชั่วโมง ให้ความรู้ประกอบภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ ตามหลัก 3 ค (ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี) และใน 2-3 วันหลังคลอด ให้ลูกดูดบ่อยทุก 2 ชั่วโมง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อส่งเสริมการดูดนมของทารก และการหลั่งน้ำนมของมารดา ให้ดูวิถีทัศน์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้แสดงความรู้สึกเป็นคำพูด เพื่อส่งเสริมเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นแนะนำมารดาในการบริหารร่างกายโดยการยกแขนทั้งสองข้างขึ้นลงประมาณ 30 ครั้ง หากเหนื่อยให้หยุดพักแล้วทำต่อ โดยใช้เวลา 15-30 นาที เพื่อเป็นการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ช่วยให้น้ำนมมาเร็ว

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะเวลาหลังคลอด 30 นาที ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยนำทารกมาให้มารดาโอบกอดในลักษณะเนื้อแนบเนื้อ เพื่อให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายในเวลา 30 นาทีหลังคลอด (ตามบันไดขั้นที่ 4 ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วภายใน 30 นาทีหลังคลอด)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ระยะเวลาหลังคลอด 2 ชั่วโมง (รับย้ายมารดาและทารกมายังแผนกหลังคลอด) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยจัดให้ทารกได้ดูดนมแม่ ซึ่งหากไม่จำเป็นจะไม่ให้นมผสม (บันไดขั้นที่ 6 ไม่ให้น้ำ อาหาร หรือเครื่องดื่มอื่นใดแก่ทารก นอกเหนือจากนมแม่ ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์) จากนั้นให้ความรู้แก่มารดาและสามี/ญาติ สาธิตทำอุ้มให้นม วิธีการให้ทารกอมหัวนมแม่ได้ลึกและดูดอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มารดาฝึกปฏิบัติ (บันไดขั้นที่ 5 แสดงให้แม่เห็นวิธีการให้นมที่ถูกต้อง และการคงสภาพของการหลั่งน้ำนม แม้ว่าแม่กับลูกต้องแยกจากกัน)

กิจกรรมครั้งที่ 4 ระยะเวลาหลังคลอด 4 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำสามี/ญาติ ในการช่วยดูแลความสุขสบายของมารดาและทารก และคอยกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ทุก 2 ชั่วโมง สาธิตและอธิบายการถอนหัวนมแม่ออกจากปากทารกและวิธีการอุ้มเธอ แนะนำหรือจัดทำอุ้มให้นมจนกว่ามารดาจะสามารถให้นมบุตรได้ด้วยตนเอง และแนะนำมารดา

ให้นำทารกมาดูดนมแม่ทุกครั้งตามความต้องการของทารก (บันไดขั้นที่ 8 สนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่ได้บ่อยครั้งตามต้องการ) โดยให้มารดาสังเกตสัญญาณที่ทารกแสดงอาการหิว เช่น เอามือหรือนิ้วเข้าปาก หันหน้าหันม ดูริมฝีปาก หรือหากทารกไม่ตื่น ควรปลุกขึ้นมาดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง รวมถึงอธิบายความแตกต่างของการดูดนมแม่กับนมขวด (บันไดขั้นที่ 9 ไม่ให้ลูกดูดหัวนมยางและหัวนมปลอม)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ระยะเวลาหลังคลอด 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่มารดาและสามี/ญาติเกี่ยวกับท่าอุ้ม การอมหัวนมที่ถูกต้องวิธีในท่านอน สาธิตวิธีการนวดกระตุ้นน้ำนมและการบีบเก็บน้ำนม ให้มารดาฝึกบีบเก็บน้ำนม อธิบายวิธีการเก็บน้ำนมในตู้เย็นและการนำน้ำนมที่เก็บมาใช้ ให้กำลังใจและแสดงความชื่นชมเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 6 ระยะเวลาหลังคลอด 2 วัน หรือก่อนจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยให้มารดาและสามี/ญาติทบทวนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในท่านั่งและท่านอน แนะนำวิธีการประเมินว่าทารกได้รับนมแม่เพียงพอหรือไม่ ประเมินการอมหัวนมที่ถูกต้อง ให้กำลังใจและแสดงความชื่นชมเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานต่อเนื่อง 1 เดือน และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และเสริมสร้างความมั่นใจของมารดาและสามี/ญาติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมครั้งที่ 7, 8 และ 9 ระยะเวลาหลังคลอด 7 วัน 14 วัน และ 28 วัน ตามลำดับ ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที โดยผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมหลังคลอด เพื่อประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว รวมถึงทบทวนข้อเสียกรณีให้อาหารอื่นก่อนอายุ 6 เดือน และแนะนำให้สามี/ญาติช่วยดูแลทารกเพื่อให้มารดามีเวลาพักผ่อน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความพึงพอใจของรายได้ และบุคคลที่ช่วยดูแลหลังคลอด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ทานทอง ศรีบุญเรือง (2551) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และในระดับสูง (16-20 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดของลักขณา ไชยนอก (2558) จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่า ตั้งใจน้อย (10 คะแนน) ตั้งใจปานกลาง (20 คะแนน) หรือตั้งใจมาก (30 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่ามีส่วนร่วมน้อย (10 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (20 คะแนน) หรือมีส่วนร่วมมาก (30 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสรสา ตันติเวชกุล (2543) จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (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 ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ พยาบาลที่เป็นหัวหน้างานผู้ป่วยใน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ฯ แบบวัดเจตคติฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .86 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (เอกสารรับรอง เลขที่ CASHE660001 วันที่ 18 กันยายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ แจ้งหัวหน้างานผู้ป่วยในและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1-3 แล้วให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4-9

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถาม

ความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกาย มารดาและทารก การประเมินสภาพเต้านม ความพร้อมและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการให้นมบุตร การให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และหลักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสอนขั้นตอนและท่าทางการให้นมบุตร การส่งเสริมให้มารดาเริ่มให้นมบุตรตั้งแต่วัยหลังคลอด และให้นมบุตรตามความต้องการของทารก การประเมินและให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการให้นมบุตร เช่น ภาวะเต้านมคัดตึงหรือหัวนมแตก

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001–30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีบุคคลที่ช่วยดูแลหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001–30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 70 และมีบุคคลที่ช่วยดูแลหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 73.33

2. การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.480$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	30	3.59	.24	13.480	< .001
หลังการทดลอง	30	4.47	.34		

3. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.830$, $p < .001$; $t = 4.330$, $p < .001$; $t = 9.130$, $p < .001$; $t = 5.140$, $p < .001$ และ $t = 6.330$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	19.83	.55	12.27	.79	7.830	< .001
เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.77	.48	2.32	.76	4.330	< .001
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	26.83	.10	20.07	.73	9.130	< .001
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	27.50	.23	20.54	.94	5.140	< .001
ความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.47	.34	3.58	.19	6.330	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการตลาดหลังคลอดได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็น การเพิ่มพูนความรู้และการส่งเสริมเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้รับกำลังใจและคำชื่นชมเมื่อปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง ทำให้การตลาดหลังคลอดเกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Karimi, Sadeghi, Maleki-Saghooni, and Khadivzadeh (2019) ที่พบว่า การสัมผัสทางผิวหนังแบบเนื้อแนบเนื้อของมารดากับทารก ทำให้การตลาดมีความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1 เดือน และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการตลาดหลังคลอดได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็น การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยได้ดูภาพที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้การตลาดหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่าในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของทองใบ นันทรัตพันธุ์ (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการตลาดหลังคลอดได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การดูวีดิทัศน์

เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้แสดงความรู้สึกเป็นคำพูด รวมทั้งการที่สามารถปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเองได้ ทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองเกิดเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของทองใบ นันทรัตนันท์ (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการมารดาหลังคลอดได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสามารถทำได้ด้วยตนเอง ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากสามี/ญาติ ได้รับกำลังใจและคำชื่นชมเมื่อปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง อีกทั้งได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอดเป็นระยะ ทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ที่เชื่อว่า เจตคติ การคล้อยตามบุคคลอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้เกิดการคล้อยตามบุคคลอ้างอิง และการได้รับกำลังใจและคำชื่นชมถือเป็น การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ไชยรัตน์ และศศิกานต์ กาละ (2565) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมได้เพิ่มกิจกรรมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และส่งเสริมการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว โดยผู้วิจัยอธิบายให้สามี/ญาติทราบถึงประโยชน์ของการนำทารกมาดูนมแม่ทันทีหลังคลอด ให้ความรู้แก่สามี/ญาติเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้พบทบทวนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เสริมสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งแนะนำสามี/ญาติในการช่วยดูแลความสุขสบายของมารดาและทารก คอยกระตุ้นให้ทารกดูนมแม่ทุก 2 ชั่วโมง และให้ช่วยดูแลทารกเพื่อให้มารดามีเวลาพักผ่อน ทำให้มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาตี แซ่เบ๊ (2562) ที่พบว่า พยาบาลและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความสำเร็จมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดและต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในชุมชน และติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการเยี่ยมหลังคลอดร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาและอธิบายปัจจัยความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในมารดาหลังคลอด

2.2 ควรมีการศึกษาโดยพัฒนานวัตกรรม

การสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชัน หรือสื่อวีดิทัศน์ที่น่าสนใจ เพื่อให้มารดา หลังคลอดสามารถศึกษาด้วยตนเองได้ตลอดเวลา ลดปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

เอกสารอ้างอิง

- กรกนก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรรณมา พาทูวัฒนกร, และวิทยา ธิฐาพันธ์. (2562). ผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็ว ต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(4), 66–78.
- กรมอนามัย. (2563). *คู่มือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ทวนทอง ศรีบุญเรือง. (2551). *การรับรู้และความพร้อมของมารดาหลังคลอดที่มีผลต่อการให้นมแม่สำหรับบุตรในระยะ 6 เดือนแรก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทองใบ นันทรัตน์. (2562). ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาระยะแรกหลังคลอด โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 27(1), 25–37.
- นิตยา ไชยรัตน์, และศศิกันต์ กาละ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 121–134.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และสาเลิ แซ่เบ๊. (2562). ผลของการสนับสนุนของครอบครัวและการเสริมพลังอำนาจต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นแรกหลังคลอด. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 29–38.

รักศิริ อาวัชนาวงศ์, และทิพย์วรรณ บุญยากรณ์. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากญาติตามการรับรู้ของมารดาหลังคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(4), 38–48.

ลักขณา ไชยนอก. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (รายงานผลการวิจัย)*. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

สรสา ดันดิเวชกุล. (2543). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคความพึงพอใจและพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *ทารกกินนมแม่ดีที่สุด*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=235987>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(1), 1–9. doi:10.1016/j.tjog.2018.11.002
- 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
- World Health Organization. (2021). *Infant and young child feeding: Guideline summary*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340484>
- World Health Organization. (2022). *Infant and young child feeding*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1341846/retrieve>
-

ค่านิยมในการทำงานของพยาบาลสองรุ่นอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* Work Values of Two Generations of Nurses, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital *

นันทวัน มงคลเวส, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) ¹

Nantawan Mongkolwesa, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

อรอนงค์ วิชัยคำ, ประ.ด. (การพยาบาล) ²

กุลวดี อภิชาติบุตร, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Ornanong Wichaikhum, Ph.D. (Nursing) ²

Kulwadee Abhicharttibutra, Ph.D. (Nursing) ³

Received: August 6, 2025

Revised: November 13, 2025

Accepted: November 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาค่านิยมในการทำงาน และเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลระหว่างเจนเนอเรชันเอ็กซ์กับเจนเนอเรชันวาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 337 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ Mann-Whitney U test

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master's Independent Study of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nantawan399@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant 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 พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านอำนาจ และด้านสิ่งเร้า ส่วนพยาบาลเจนเนอเรชันวายมีค่านิยมในการทำงานในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอำนาจ ด้านชนบประเพณี และด้านสิ่งเร้า พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานมากกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเมตตา กรุณา ($Z = -2.961, p < .01$) ด้านความเป็นสากล ($Z = -4.773, p < .001$) ด้านการชี้นำตนเอง ($Z = -5.763, p < .001$) ด้านสิ่งเร้า ($Z = -4.010, p < .001$) และด้านสุขนิยม ($Z = -4.965, p < .001$) และพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานน้อยกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ด้าน คือ ด้านชนบประเพณี ($Z = -8.004, p < .001$) และด้านการคล้อยตาม ($Z = -7.081, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลแต่ละรุ่นอายุเกิดความพึงพอใจและประสบความสำเร็จในการทำงาน
คำสำคัญ: ค่านิยมในการทำงาน พยาบาล สองรุ่นอายุ

Abstract

This descriptive comparative research aimed to study the work values and compare the work values between Generation X and Generation Y nurses. The participants were 337 professional nurses at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The research instruments included a demographic questionnaire and the Work Values Questionnaire (WVal) with a reliability of .91. Data were collected from January to February 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that Generation X nurses had two aspects of work values at a high level, namely 1) the power aspect and 2) the stimulus aspect. Generation Y nurses had three aspects of work values at a high level, namely, 1) the power aspect, 2) the tradition aspect, and 3) the stimulus aspect. Generation X nurses had statistically significantly higher scores on five aspects of work values than Generation Y nurses, namely 1) the benevolence aspect ($Z = -2.961, p < .01$), 2) the universalism aspect ($Z = -4.773, p < .001$), 3) the self-direction aspect ($Z = -5.763, p < .001$), 4) the stimulus aspect ($Z = -4.010, p < .001$), and 5) the hedonism aspect ($Z = -4.965, p < .001$). On the other hand, Generation X nurses had statistically significantly lower scores on two aspects of work values than Generation Y nurses, namely 1) the tradition aspect ($Z = -8.004, p < .001$) and 2) the conformity aspect ($Z = -7.081, p < .001$).

This research suggests that nursing executives should utilize the findings

to encourage nurses in each generation to achieve satisfaction and success in their work.

Keywords: Work values, Nurses, Two generations

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลเป็นงานที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีจำนวนเพียงพอ ซึ่งในปัจจุบันมีการขยายของหน่วยงานและการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพในยุคการแข่งขันที่ต้องการบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพการทำงานที่เหมาะสมและมีจำนวนเพียงพอ หากองค์กรสุขภาพประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพย่อมส่งผลกระทบต่อหลายด้านจากประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาลที่ลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยอาจต้องรับการรักษานานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ต้องรับภาระงานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และองค์กรสุขภาพต้องจำกัดจำนวนเตียงและการรับผู้ป่วยเพื่อลดภาระการดูแล ส่งผลให้ไม่สามารถขยายการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จุฬาร กระจเทศ และคณะ, 2564)

ค่านิยมในการทำงาน (work values) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้องค์กรสามารถกำหนดลักษณะงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับค่านิยมในการทำงานของพนักงาน หากบุคคลมีค่านิยมที่ดีในการทำงาน เข้าใจค่านิยมของตนเองและผู้อื่น ก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารกับผู้ร่วมงาน ยึดถือค่านิยมร่วมขององค์กร และจงรักภักดีต่อองค์กร องค์กรก็จะดำเนินกิจการไปด้วยความเรียบร้อย (สุพัตรา บุญเจียม, ภูษิตา อินทรประสงค์, จรรยา ภัทรอาชาชัย, และสิริยา สัมมาวาจ, 2553)

จากการศึกษาพบว่า ค่านิยมในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ และส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความมั่นคงในการทำงาน และลดอัตราการลาออกของบุคลากร (ปริญา เนตรหาญ, อารี ชิวเกษมสุข, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่านิยมในการทำงานมีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษาก่อนการอบรม บุคลิกภาพ และทัศนคติส่วนบุคคล โดยหลายการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ ความแตกต่างระหว่างรุ่นอายุ หรือเจนเนอเรชัน (generation) เช่น baby boomer, generation X, generation Y, generation Z เนื่องจากแต่ละรุ่นอายุจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีมุมมองหลายประการที่แตกต่างกัน เช่น ทัศนคติ ค่านิยม รูปแบบการทำงาน โดยเจนเนอเรชันเอ็กซ์จะยึดมั่นความมั่นคง เชื่อสัจยต่อองค์กร ทำงานหนัก ชอบการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาแบบตัวต่อตัว เคารพลำดับชั้นและประสบการณ์ ให้ความสำคัญกับระเบียบ ปรับตัวได้ช้า มักยึดติดกับวิธีการเดิม ในขณะที่เจนเนอเรชันวายให้ความสำคัญกับสมดุลชีวิตกับงาน สุขภาพในการทำงาน และความคิดเห็นส่วนบุคคล ชอบการสื่อสารผ่านเทคโนโลยี เปิดรับเทคโนโลยีและแนวคิดใหม่ได้เร็ว ต้องการการยอมรับจากหัวหน้า ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมการทำงานของบุคคลแต่ละรุ่นอายุไม่เหมือนกัน และส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งที่เพิ่มมากขึ้น (Twenge, 2010)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยงานการพยาบาล 11 งาน การพยาบาล มีบุคลากรทางการพยาบาลในสายการ

บังคับบัญชาจำนวน 2,379 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1,425 คน ซึ่งร้อยละ 50 เป็นบุคคลเจนเนอเรชั่นวายอีกร้อยละ 30 เป็นบุคคลเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2562) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจนำร่องเกี่ยวกับระดับค่านิยมในการทำงาน โดยใช้มาตราวัดตัวเลข 0–10 กับพยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย กลุ่มละ 10 คนพบว่า ค่านิยมในการทำงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ส่วนค่านิยมในการทำงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นวายอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีความแตกต่างกันในสองเจนเนอเรชั่น

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติงานของบุคลากรที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกันทำให้มีค่านิยมในการทำงานแตกต่างกัน แต่การศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพหลายรุ่นอายุยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการศึกษาลักษณะความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาค่านิยมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุ ได้แก่ เจเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางการพยาบาล และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างสมานฉันท์และมีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้การให้บริการพยาบาลมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายที่องค์กรคาดหวัง รวมทั้งส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและคงอยู่ในวิชาชีพยาวนานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

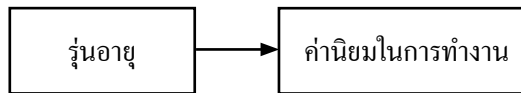
1. เพื่อศึกษาค่านิยมในการทำงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลระหว่างเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์กับเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์กับเจนเนอเรชั่นวายมีค่านิยมในการทำงานแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาค่านิยมในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดค่านิยมในการทำงาน ของ Consiglio, Cenciotti, Borgogni, Alessandri, and Schwartz (2017) ที่ประยุกต์จากทฤษฎีค่านิยมพื้นฐานของค่านิยมของ Schwartz ปี ค.ศ. 1992 ซึ่งประกอบด้วยค่านิยมในการทำงาน 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จ ด้านอำนาจ ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความเป็นสากล ด้านความปลอดภัย ด้านชนบประเพณี ด้านการคล้อยตาม ด้านการขึ้นนำตนเอง ด้านสิ่งเร้า และด้านสุขนิยม และเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลสองรุ่นอายุ คือ เจเนอเรชั่นเอ็กซ์กับเจนเนอเรชั่นวาย โดยใช้แนวคิดรุ่นอายุ ของ Howe and Strauss (1991) ที่กล่าวว่า เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ คือ บุคคลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2504–2524 และเจนเนอเรชั่นวาย คือ บุคคลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2525–2548 ซึ่งพยาบาลทั้งสองรุ่นอายุมีลักษณะที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีค่านิยมในการทำงานแตกต่างกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากงานการพยาบาล 10 งานการพยาบาล จำนวน 1,328 คน แบ่งออกเป็นพยาบาลวิชาชีพเจนเนอรัลเอน์ซ์ จำนวน 652 คน และเจนเนอรัลนวย จำนวน 676 คน (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2562) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 21–59 ปี 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ปฏิบัติงานทางคลินิกกับผู้ป่วยโดยตรง 4) ไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล 5) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาหรือลาคลอด และ 6)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 307 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 368 คน แบ่งออกเป็นเจนเนอรัลเอน์ซ์ จำนวน 181 คน และเจนเนอรัลนวย จำนวน 187 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละงานการพยาบาล จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามค่านิยมในการทำงาน (The Work Values Questionnaire [WVall]) ของ Consiglio et al. (2017) แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จ จำนวน 5 ข้อ ด้านอำนาจ จำนวน 4 ข้อ ด้านความเมตตากรุณา จำนวน 6 ข้อ ด้านความเป็นสากล จำนวน 4 ข้อ ด้านความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ ด้านชนบประเพณี จำนวน 6 ข้อ ด้านการคล้อยตาม จำนวน 7 ข้อ ด้านการขึ้นนำตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งเร็ว จำนวน 5 ข้อ และด้านสุขนิยม จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 50 ข้อ โดยข้อความทั้ง 50 ข้อนี้กระจายอยู่ในกลุ่มคำถาม 10 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ข้อความ แต่ละข้อความแสดงถึงค่านิยมในการทำงาน 1 ด้าน (กลุ่มคำถาม 1 กลุ่ม แสดงถึงค่านิยมในการทำงาน 5 ด้านที่ไม่ซ้ำกัน) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราการจัดลำดับ (ranking scales) 5 ลำดับ จากลำดับที่ 1–5 ได้แก่ ให้ความสำคัญมากที่สุด ให้ความสำคัญมาก ให้ความสำคัญปานกลาง ให้ความสำคัญน้อย และให้ความสำคัญน้อยที่สุด จากนั้นปรับลำดับความสำคัญเป็นคะแนน โดยความสำคัญลำดับที่ 1 ให้ 5 คะแนน ลำดับที่ 2 ให้ 4 คะแนน ลำดับที่ 3 ให้ 3 คะแนน ลำดับที่ 4 ให้ 2 คะแนน และลำดับที่ 5 ให้ 1 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนค่านิยมในการทำงาน รายด้าน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีค่านิยมในการทำงานในระดับน้อย (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น แบบสอบถามค่านิยมในการทำงานได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้พัฒนาเครื่องมือใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างใดๆ ของแบบสอบถาม จึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความตรงเชิงภาษา ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 124/2020 วันที่ 4 ธันวาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 463/63COA-NUR 124/63 วันที่ 4 ธันวาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ชี้แจง

วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำการสุ่มตัวอย่าง เข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลทั้ง 10 งานการพยาบาล และขอความร่วมมือในการจัดผู้ประสานงาน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการของแต่ละงานการพยาบาล จากนั้นพบผู้ประสานงาน แนะนำตัว มอบแบบสอบถาม พร้อมเอกสารเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งบรรจุในซอง ให้นำไปแจกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบสอบถามใส่ซอง ปิดผนึก และส่งคืนในกล่องที่ตั้งไว้ที่งานการพยาบาลนั้นๆ จากนั้นผู้วิจัยไปปรับแบบสอบถาม ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลค่านิยมในการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลระหว่างเจนเนอเรชันเอ็กซ์กับเจนเนอเรชันวาย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 91.58

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์และเจนเนอเรชันวาย พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์ ($n = 160$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95 มีอายุเฉลี่ย 47.40 ปี ($SD = 5.10$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 83.75 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 22.33 ปี ($SD = 23$) และแผนกที่ปฏิบัติงาน คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.72 รองลงมา

คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน และงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 7.42 และ 7.12 ตามลำดับ ส่วนพยาบาลเจเนอรัลเวयर (n = 177) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.22 มีอายุเฉลี่ย 28.64 ปี ($SD = 4.12$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 95.48 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.97 ปี ($SD = 5$) และแผนกที่ปฏิบัติงาน คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.57 รองลงมา คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ และงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 9.20 และ 8.90 ตามลำดับ

2. คำนิยมในการทำงานของพยาบาลเจเนอรัลเวयरและเจเนอรัลเวयर พบว่า พยาบาลเจเนอรัลเวयरเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านอำนาจ ($M = 3.89, SD = .64, Med = 4$) และด้านสิ่งเร้า ($M = 3.99, SD = .73, Med = 4.20$) และมีค่านิยมในการทำงานในระดับปานกลาง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จ ($M = 2.67, SD = .60, Med = 2.70$) ด้านความเมตตากรุณา ($M = 2.42, SD = .66, Med = 2.40$) ด้านความเป็นสากล ($M = 2.61, SD = .65, Med = 2.60$) ด้านความปลอดภัย ($M = 2.64, SD = .69, Med = 2.60$) ด้านชนบประเพณี ($M = 3.07, SD = .69, Med = 3$) ด้านการคล้อยตาม ($M = 3.17, SD = .63, Med = 3.14$) ด้านการขึ้นนำตนเอง ($M = 3.05, SD = .95, Med = 3.33$) และด้านสุขนิยม ($M = 2.60, SD = .74, Med = 2.60$) ส่วนพยาบาลเจเนอรัลเวयर

มีค่านิยมในการทำงานในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอำนาจ ($M = 3.92, SD = .55, Med = 4$) ด้านชนบประเพณี ($M = 3.69, SD = .60, Med = 3.83$) และด้านสิ่งเร้า ($M = 3.74, SD = .65, Med = 3.80$) มีค่านิยมในการทำงานในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จ ($M = 2.64, SD = .62, Med = 2.60$) ด้านความปลอดภัย ($M = 2.75, SD = .69, Med = 2.80$) ด้านการคล้อยตาม ($M = 3.67, SD = .56, Med = 3.71$) และด้านการขึ้นนำตนเอง ($M = 2.47, SD = .80, Med = 2.33$) และมีค่านิยมในการทำงานในระดับน้อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเมตตากรุณา ($M = 2.22, SD = .54, Med = 2.20$) ด้านความเป็นสากล ($M = 2.28, SD = .50, Med = 2.20$) และด้านสุขนิยม ($M = 2.20, SD = .64, Med = 2.20$)

3. การเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลระหว่างเจเนอรัลเวयरเอ็กซ์กับเจเนอรัลเวयर พบว่า พยาบาลเจเนอรัลเวयरเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานมากกว่าพยาบาลเจเนอรัลเวयरอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเมตตากรุณา ($Z = -2.961, p < .01$) ด้านความเป็นสากล ($Z = -4.773, p < .001$) ด้านการขึ้นนำตนเอง ($Z = -5.763, p < .001$) ด้านสิ่งเร้า ($Z = -4.010, p < .001$) และด้านสุขนิยม ($Z = -4.965, p < .001$) และพยาบาลเจเนอรัลเวयरเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานน้อยกว่าพยาบาลเจเนอรัลเวयरอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ด้าน คือ ด้านชนบประเพณี ($Z = -8.004, p < .001$) และด้านการคล้อยตาม ($Z = -7.081, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่านิยมในการทำงานของพยาบาลระหว่างเจนอเรชันเอ็กซ์กับเจนอเรชันวาย
จำแนกเป็นรายด้าน

ค่านิยมในการทำงาน	เจนอเรชันเอ็กซ์ (n = 160)			เจนอเรชันวาย (n = 177)			Mann-Whitney U test	
	M	SD	Med	M	SD	Med	Z	p
ด้านความสำเร็จ	2.67	.60	2.70	2.64	.62	2.60	-.310	.756
ด้านอำนาจ	3.89	.64	4.00	3.92	.55	4.00	-.179	.858
ด้านความเมตตากรุณา	2.42	.66	2.40	2.22	.54	2.20	-2.961	.003
ด้านความเป็นสากล	2.61	.65	2.60	2.28	.50	2.20	-4.773	< .001
ด้านความปลอดภัย	2.64	.69	2.60	2.75	.69	2.80	-1.552	.121
ด้านชนบทประเพณี	3.07	.69	3.00	3.69	.60	3.83	-8.004	< .001
ด้านการคล้อยตาม	3.17	.63	3.14	3.67	.56	3.71	-7.081	< .001
ด้านการขึ้นนำตนเอง	3.05	.95	3.33	2.47	.80	2.33	-5.763	< .001
ด้านสิ่งเร้า	3.99	.73	4.20	3.74	.65	3.80	-4.010	< .001
ด้านสุนิยม	2.60	.74	2.60	2.20	.64	2.20	-4.965	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์มีค่า
นิยมในการทำงานในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านอำนาจ
และด้านสิ่งเร้า สำหรับค่านิยมในการทำงานด้านอำนาจ
อธิบายได้ว่า ค่านิยมในการทำงานด้านอำนาจเป็น
ค่านิยมเกี่ยวกับสถานะทางสังคมและศักดิ์ศรีในการ
ทำงานที่แสดงออกผ่านทางบทบาทความเป็นผู้นำและ
ความสามารถในการชักจูงหรือโน้มน้าวผู้อื่น ซึ่งพยาบาล
เจนอเรชันเอ็กซ์ก็มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ต้องการ
ตัดสินใจและกำหนดวิธีที่ทำงานด้วยตัวเอง (Clark,
2017) จึงให้ความสำคัญกับค่านิยมเกี่ยวกับสถานะทาง
สังคมและศักดิ์ศรีในการทำงานมาก ทั้งนี้ การมีประสบการณ์
การปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับได้รับการ
อบรมและการพัฒนาเพื่อสร้างความเชี่ยวชาญ ทำให้
พยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์เกิดความเชี่ยวชาญ มีความ
มั่นใจในการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ
Christopher, Fethney, Chiarella, and Waters

(2018) ที่พบว่า ลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล
เจนอเรชันเอ็กซ์ คือ การจัดการด้านภาวะผู้นำ รวมทั้ง
มีการประยุกต์ใช้ความสามารถของตนเองในการพัฒนา
งาน เพื่อตอบสนองนโยบายขององค์กรและตั้งสม
อำนาจและศักดิ์ศรี โดยจะเห็นได้จากการทำงานที่พยาบาล
กลุ่มนี้มักทำหน้าที่เป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นแกนนำใน
การทำงานต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเข้าร่วม
และเป็นแกนนำในคณะกรรมการทั้งระดับหอผู้ป่วย
ระดับฝ่ายการพยาบาล และระดับโรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาและประกัน
คุณภาพการพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร
คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
หรือคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเป็นเลิศในกลุ่ม
โรคต่าง ๆ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่, 2565) ส่วนค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้า
อธิบายได้ว่า ค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้าเป็นค่านิยม
ในเรื่องการทำงานที่มีความหลากหลาย ความแปลกใหม่
และความท้าทาย โดยพยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์ก็มี
บุคลิกและลักษณะนิสัยที่ชื่นชอบความแปลกใหม่ มีความ

กระตือรือร้น รักการแข่งขัน ชอบเรียนรู้ ไม่พึ่งพาใคร มีความคิดเปิดกว้างพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาตนเอง มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการทำงาน (Eisner, 2005 อ้างถึงในอนุรักษ์ วัฒนะถาวรวงศ์, 2558) จึงทำให้พยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์ชอบการทำงานที่มีความหลากหลาย แปลกใหม่ และท้าทาย ดังจะเห็นได้จากงานต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ต้องใช้ความสามารถและความท้าทาย ส่วนใหญ่จะมีพยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์เป็นผู้รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา เนตรหาญ และคณะ (2557) ที่พบว่า พยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์มีส่วนร่วมในการพัฒนางานมากกว่าพยาบาลเจนอเรชันวาย โดยพยาบาลเจนอเรชันเอ็กซ์มีความเชื่อมั่นในตนเองและพึ่งพาตนเองสูง จึงสามารถทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง รวมทั้งมีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี และปรับตัวเข้ากับงานที่หลากหลายได้ จึงมักมีความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับงานได้ด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนอเรชันวายมีค่านิยมในการทำงานในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอำนาจ ด้านชนบประเพณี และด้านสิ่งเร้า สำหรับค่านิยมในการทำงานด้านอำนาจ อธิบายได้ว่า พยาบาลเจนอเรชันวายมักได้รับการส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางความคิดทั้งในบ้านและที่โรงเรียน ส่งผลให้มีลักษณะนิสัยที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีความทะเยอทะยานสูง จึงอาจทำให้มีค่านิยมในการทำงานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของการทำงานในองค์กร โดยเป็นพยาบาลกลุ่มที่กำลังพัฒนาความเชี่ยวชาญของตนเอง และเป็นกำลังสำคัญของหน่วยงาน เพราะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับที่สิริพิมพ์ ชูปาน (2561) กล่าวว่า พยาบาลเจนอเรชันวายมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ต้องการการยอมรับในความเป็นบุคคลและการให้เกียรติในฐานะผู้ร่วมงาน ตลอดจนชอบงานที่ท้าทาย สร้างสรรค์ ต้องการอิสระในการบริหารจัดการงานด้วยตนเอง ส่วนค่านิยมในการทำงานด้านชนบประเพณี อธิบายได้ว่า

ค่านิยมในการทำงานด้านชนบประเพณีให้ความสำคัญเรื่องความเคารพและการยอมรับ ชื่นชมค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรในการทำงาน โดยพยาบาลเจนอเรชันวายมีความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว มีความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่น มีจิตสำนึกทางสังคม รวมทั้งยังยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างโดยสมเหตุสมผล และมีการปรับตัวได้ดีในทุกสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง เมื่อเข้าสู่ระบบการทำงานทำให้มีความเคารพและยอมรับในวัฒนธรรมองค์กร สามารถปรับตัวเข้ากับระบบการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธารินี บัวสุข (2560) ที่พบว่า ค่านิยมองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรในพยาบาลเจนอเรชันต่างๆ รวมทั้งเจนอเรชันวาย โดยมีความสัมพันธ์ในค่านิยมด้านการคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม และการมุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน แสดงให้เห็นจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางวัฒนธรรมและประเพณีที่องค์กรจัดขึ้น อันแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ที่องค์กรกำหนดขึ้น สำหรับค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้า อธิบายได้ว่า ค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้าเป็นค่านิยมในเรื่องการทำงานที่มีความหลากหลาย ความแปลกใหม่ และความท้าทาย โดยพยาบาลเจนอเรชันวายเติบโตมาในยุคสังคมดิจิทัลใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในโลกออนไลน์ จึงมีลักษณะนิสัยที่เป็นตัวของตัวเองสูง ชอบการแสดงออก มีความคิดนอกกรอบ ชอบการทำงานที่มีลักษณะท้าทายและสร้างสรรค์ รวมทั้งมีอิสระในการบริหารจัดการงานต่างๆ ด้วยตนเอง (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา, และธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2559) สามารถทำงานหลายอย่างได้ในเวลาเดียวกัน และมีความสามารถในการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเต็มที่ จึงทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับการทำงานที่มีความหลากหลาย ความแปลกใหม่ และความท้าทาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Guerrero, Amorós, and Urbano (2021) ที่พบว่า บุคคลในเจนอเรชันวาย

มีรูปแบบความคิดสร้างสรรค์ในระดับสูง จะรู้สึกสนุกเมื่อได้ทำงานที่ท้าทายและแตกต่างจากเดิม

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานมากกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความเป็นสากล ด้านการขึ้นนำตนเอง ด้านสิ่งเร้า และด้านสุขนิยม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ค่านิยมในการทำงานด้านความเมตตา กรุณา เกี่ยวข้องกับการอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น และการปฏิบัติงานด้วยความสามัคคีปรองดอง และค่านิยมในการทำงานด้านความเป็นสากล คือ การทำงานที่เน้นความเป็นธรรม ความเคารพ ป้องกันการเลือกปฏิบัติสำหรับสมาชิกทุกคนในองค์กร และมีความรับผิดชอบต่อสังคม การที่พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานด้านความเมตตา กรุณาและด้านความเป็นสากลมากกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวาย อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีความคิดเปิดกว้าง พร้อมทั้งจะรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาตนเอง แต่ขณะเดียวกันก็มีมุมมองว่า การที่จะทำงานในองค์กรได้ยาวนานก็ต่อเมื่อได้รับความก้าวหน้าในอาชีพการงาน จึงต้องการทำงานในองค์กรที่มีภารกิจที่สนับสนุนความต้องการส่วนบุคคลของตนเองได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nagorniak (2020) ที่พบว่า บุคคลเจนเนอเรชันเอ็กซ์และเจนเนอเรชันวายมีค่านิยมด้านความเป็นสากลในระดับเท่ากัน

ส่วนค่านิยมในการทำงานด้านการขึ้นนำตนเอง ค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้า และค่านิยมในการทำงานด้านสุขนิยม อธิบายได้ว่า ค่านิยมในการทำงานด้านการขึ้นนำตนเอง เกี่ยวข้องกับการมีอิสระทางความคิด และการตัดสินใจ การสร้างสรรค์การทำงาน มีเสรีภาพที่จะเลือกวิธีการทำงานของตนเอง ค่านิยมในการทำงานด้านสิ่งเร้า เกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีความหลากหลาย ความแปลกใหม่ และความท้าทาย และค่านิยมในการทำงานด้านสุขนิยม เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน ความสมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน โดยพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มักต้องการทำงานด้วยวิธีการ

ของตนเองที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้ ต้องการอิสระในการทำงาน ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน มีความเชื่อมั่นในตนเองและพึ่งพาตนเองสูง สามารถทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตัวเอง มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี และปรับตัวเข้ากับงานที่หลากหลายได้ มีความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับงาน รวมทั้งชอบการทำงานที่มีความหลากหลาย แปลกใหม่ และท้าทาย มีการนำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังมีความยืดหยุ่นในเรื่องเวลาการทำงาน ต้องการความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว โดยเฉพาะการให้เวลากับครอบครัวมากกว่าที่จะทำงานหนักมากเกินไป ต้องการใช้ชีวิตในปัจจุบันให้มีความสุข ไม่ต้องรอให้ถึงอนาคตหลังเกษียณ ในขณะที่พยาบาลเจนเนอเรชันวายนั้น ถึงแม้จะมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีความทะเยอทะยานตั้งเป้าหมายในชีวิตและคาดหวังความสำเร็จในงานสูง มองโลกในแง่ดี คาดหวังการทำงานเป็นทีม เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี และปรับตัวเข้ากับงานที่หลากหลายได้ แต่เนื่องจากพยาบาลเจนเนอเรชันวายเพิ่งเข้ามาทำงานในองค์กร โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันวายมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ยเพียง 5.97 ปี โอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานหรือมีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์จึงน้อยกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา เนตรหาญ และคณะ (2557) ที่พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์ให้ความสำคัญกับค่านิยมในการทำงานด้านความมีศักดิ์ศรีและด้านการคิดสร้างสรรค์มากกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวาย โดยพยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มุ่งพัฒนางานในอาชีพของตน ชอบทำงานแบบพึ่งพาตัวเอง มีแนวคิดว่าต้องขยันขันแข็ง มีการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของตนเอง และมีการตั้งเป้าหมายในการทำงานอยู่เสมอ ชอบเรียนรู้และพัฒนาตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชันเอ็กซ์มีค่านิยมในการทำงานน้อยกว่าพยาบาลเจนเนอเรชันวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ด้าน คือ ด้านขนบประเพณี และ

ด้านการคล้อยตาม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลเจนเนอเรชัน เอ็กซ์มีอายุและประสบการณ์การปฏิบัติงานมาก จึงมีความเป็นอิสระมากกว่า และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานและความยืดหยุ่นของเวลาการทำงานมากกว่า จึงมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของงานมากกว่าการยึดมั่นต่อกฎเกณฑ์หรือขนบธรรมเนียมเดิม การมีประสบการณ์การทำงานที่ยาวนานยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจและวิจารณ์งาน ทำให้พยาบาลรุ่นอายุนี้ไม่จำเป็นต้องคล้อยตามความคิดเห็นของผู้อื่นมากนัก แต่เน้นการใช้ประสบการณ์และวิจารณ์งานของตนเองเป็นหลัก (Clark, 2017) แต่พยาบาลเจนเนอเรชันวายมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีในทุกสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่น ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างโดยสมเหตุสมผล ต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น (สิริพิมพ์ ชูปาน, 2561) นอกจากนี้พยาบาลเจนเนอเรชันวายยังต้องการสร้างความสัมพันธ์และมิตรภาพในการทำงาน ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของการทำงานในองค์กร เคารพและยอมรับในวัฒนธรรมองค์กร มีการปรับตัวเข้ากับระบบการทำงานได้ อีกทั้งยังมีความคุ้นเคยกับตารางเวลาที่มีการวางแผนไว้เป็นอย่างดี จึงให้ความสำคัญกับการทำงานที่มีโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน และต้องการลักษณะแบบอย่างที่ดีในการทำงาน เพื่อที่จะปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบระบบงาน และนโยบายการบริหารที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความพึงพอใจ และผลสัมฤทธิ์ในการทำงานของพยาบาลตามลักษณะค่านิยมในแต่ละรุ่นอายุ โดยมอบหมายงานที่ท้าทาย ให้อิสระในการตัดสินใจ เปิดโอกาสในการแสดงศักยภาพ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน

รวมถึงให้ข้อมูลป้อนกลับที่ชัดเจนและสร้างสรรค์

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในแต่ละรุ่นอายุ เช่น การออกแบบเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ที่เหมาะสม การพัฒนาโปรแกรม mentorship การจัดกิจกรรมสร้างทีมงานแบบผสมรุ่นอายุ เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของความรู้และประสบการณ์ภายในองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลเจนเนอเรชันวายที่มีประสบการณ์การทำงานระยะแรก เพื่อช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าและการเรียนรู้ผ่านโอกาสในการศึกษาดูงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทำให้ช่วยเสริมค่านิยมในการทำงานด้านอำนาจเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อค่านิยมในการทำงานของพยาบาลที่อยู่ในรุ่นอายุแตกต่างกัน เช่น ปัจจัยด้านลักษณะงาน (ลักษณะของหน่วยงานและความรับผิดชอบในงาน) ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร (วัฒนธรรมองค์กร ภาวะผู้นำ และระบบแรงจูงใจ) เพื่อให้เข้าใจถึงกลไกที่มีอิทธิพลต่อค่านิยมในการทำงานอย่างรอบด้าน

2.2 ควรมีการศึกษาค่านิยมในการทำงานของพยาบาลสองรุ่นอายุในหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่มีวัฒนธรรมองค์กรและบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อเพิ่มความลึกในการวิเคราะห์และเข้าใจพฤติกรรมและค่านิยมของพยาบาลในแต่ละรุ่นอายุ

เอกสารอ้างอิง

จุฬาร กระเทศ, ญัฐธญา พัฒนะวาณิชนันท์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, วินัย ไตรนาทวลย์, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, และวิรัช ศรีทุมสุข. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 561–573.

- ธารินี บัวสุข. (2560). *ค่านิยมองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรของวิสัญญีพยาบาลรุ่นอายุเจนเนอเรชั่นต่างๆ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา เนตรหาญ, อารี ชิวเกษมสุข, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 320–330.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่. (2562). *แบบรายงานการประเมินตนเอง การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ปี 2562*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่. (2565). *ประกาศแต่งตั้งกรรมการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ปี 2565*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริพิมพ์ ชูปาน. (2561). พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 1–12.
- สุภัทรา บุญเจียม, ภูษิตา อินทรประสงค์, จรรยา ภัทรอาชาชัย, และธีระยา สัมมาวาจ. (2553). ค่านิยมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรามธิบดีประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(3), 320–331.
- เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา, และรัชฎ์รัชต์ องค์กรมีเกียรติ. (2559). *การบริหารการพยาบาล ยุค 4G Plus*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุรักษ์ วัฒนธรรวรงค์. (2558). *ค่านิยมเกี่ยวกับงานและความพึงพอใจในงานมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละชนรุ่น (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Christopher, S. A., Fethney, J., Chiarella, M., & Waters, D. (2018). Factors influencing turnover in GenX nurses: Results of an Australian survey. *Collegian*, 25(2), 217–225. doi:10.1016/j.colegn.2017.06.003
- Clark, K. R. (2017). Managing multiple generations in the workplace. *Radiologic Technology*, 88(4), 379–396. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28298496/>
- Consiglio, C., Cenciotti, R., Borgogni, L., Alessandri, G., & Schwartz, S. H. (2017). The WVal: A new measure of work values. *Journal of Career Assessment*, 25(3), 405–422. doi:10.1177/1069072716639691
- Guerrero, M., Amorós, J. E., & Urbano, D. (2021). Do employees' generational cohorts influence corporate venturing? A multilevel analysis. *Small Business Economics*, 57(1), 47–74. doi:10.1007/s11187-019-00304-z
- Howe, N., & Strauss, W. (1991). *Generations: The history of America's future, 1584 to 2069*. New York: William Morrow and Company.
- Nagorniak, K. M. (2020). Generation X, Y and Z values in Ukraine. *Ukrainian Society*, 2(73), 110–122. doi:10.15407/socium2020.02.110

Twenge, J. M. (2010). A review of the empirical evidence on generational differences in work attitudes. *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 201–210. doi:10.1007/s10869-010-9165-6

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพ ของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย*

Workplace Violence among Multidisciplinary Teams of Psychiatric Hospitals in Thailand *

ธนวิทย์ วิชิตสกุลชัย, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Thanawit Wichitsakulchai, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล, ประ.ด. (การพยาบาล) ² ทรุษา เศรษฐบุปผา, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) ² Hunsu Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 24, 2023 Revised: November 17, 2025 Accepted: November 29, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 323 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสำรวจความรุนแรงในสถานบริการทางสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทีมสหวิชาชีพมีประสบการณ์การถูกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 2.48

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

และถูกกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 9.29 2) แหล่งที่มาของความรุนแรงส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ 3) ผลกระทบของความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 50 และต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 50 ส่วนผลกระทบของความรุนแรงด้านจิตใจ พบว่ามีความรู้สึกหวาดวิตกกังวลถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย 4) วิธีการจัดการกับความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ไม่ได้ทำอะไร และรายงานหัวหน้า ส่วนวิธีการจัดการกับความรุนแรงด้านจิตใจ คือ ไม่ได้ทำอะไร พยายามคิดว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น บอกให้หยุดกระทำ บอกผู้ร่วมงาน รายงานหัวหน้า และเขียนรายงานเหตุการณ์ส่ง และ 5) กลุ่มวิชาชีพพยาบาลมีอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านร่างกาย และอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านจิตใจ ไม่แตกต่างจากกลุ่มสหวิชาชีพอื่น

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช

Abstract

This descriptive research aimed to study workplace violence among multidisciplinary teams of psychiatric hospitals in Thailand. The samples consisted of 323 multidisciplinary teams working in psychiatric hospitals. The research instrument was a survey questionnaire on workplace violence in healthcare settings. Data were collected from August to December 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) multidisciplinary teams experienced physical violence (2.48%) and psychological violence (9.29%); 2) patients or customers were the most common sources of violence; 3) regarding the impact of physical violence, it was found that 50% were injured and 50% needed treatment. For the impact of psychological violence, there were a little bit of repeated, disturbing memories; 4) the workplace's management of physical violence was to do nothing or report to the director. The workplace's management of psychological violence was to do nothing, try to think that nothing happened, tell that person to stop, tell colleagues, report to the director, and write an incident report; and 5) there was no difference in the score for physical and psychological violence in the workplace between nurses and other multidisciplinary team members.

This research suggests that hospital executives should develop guidelines for preventing and solving workplace violence as well as promote writing an incident report.

Keywords: Workplace violence, Multidisciplinary team, Psychiatric hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรง (violence) นับเป็นปัญหาสังคมที่มีความสำคัญในปัจจุบัน มีอัตราการเกิดสูงขึ้น ซึ่งลักษณะการเกิดความรุนแรงมีหลายรูปแบบและในสถานที่ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความรุนแรงที่แตกต่างกัน ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (workplace violence) คือ การเกิดเหตุการณ์ในสถานที่ทำงานที่บุคลากรถูกข่มขู่ ถูกคุกคาม หรือถูกทำร้าย อันเกี่ยวข้องกับการทำงาน จากผู้ร่วมงาน ผู้มาติดต่อ และผู้ร่วมวิชาชีพเดียวกัน โดยมีทั้งความรุนแรงด้านร่างกายและความรุนแรงด้านจิตใจ ทั้งนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, 2012) ได้ให้ความหมายของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ว่าเป็นการกระทำใด ๆ ก็ตาม อันเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของบุคคลหนึ่งกระทำต่อบุคคลอื่นในสถานที่ทำงาน โดยการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ถูกกระทำรู้สึกเสียใจ ถูกคุกคาม อับอาย หรือบาดเจ็บ

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์พบว่า ความชุกของความรุนแรงในสาธารณรัฐประชาชนจีน สูงถึงร้อยละ 66.80 (Lin, Juan, & Chu, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับผลการเก็บรวบรวมข้อมูลของสมาคมโรงพยาบาลในประเทศจีน (Chinese Hospital Association) ที่พบว่า ความรุนแรงในสถานที่ทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90 ในปี ค.ศ. 2008 เป็นร้อยละ 96 ในปี ค.ศ. 2012 (Yang et al., 2019) และการศึกษาในประเทศเอกวาดอร์พบว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในรูปแบบความรุนแรงทางวาจา และส่วนใหญ่พยายามมองข้ามเพราะคิดว่าเป็นเหตุการณ์ทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้ และไม่ได้

รายงานเหตุการณ์ความรุนแรง โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และญาติผู้ป่วย (Medina-Maldonado et al., 2019)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีปัญหาความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ แต่การศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ยังมีน้อย จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการประสบเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 61.70 โดยพบความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด รองลงมา คือ เหตุความรุนแรงทางกาย และทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 94.20, 26.10 และ 6.50 ตามลำดับ โดยผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางกายและทางเพศ คือ ผู้ป่วย ส่วนผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ ญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (นภัสวรรณ พชรธนาสาร และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 2561) ทั้งนี้ แผนกจิตเวช นับเป็นหน่วยงานที่มีโอกาสพบอุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้ค่อนข้างสูง จากการบันทึกของกรมสุขภาพจิตระบุว่า สาเหตุที่บุคลากรถูกทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การห้ามปรามขณะที่ผู้ป่วยจะไปทำร้ายผู้อื่น การนำผู้ป่วยไปฉีดยา ขณะจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ผู้ป่วยจัดขึ้นบุคลากรขณะรับใหม่ หรือการเข้าจับกุม ผู้ป่วยขณะหลบหนี (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2558) โดยแหล่งที่มาของการกระทำความรุนแรงต่อทีมสหวิชาชีพมีทั้งจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนร่วมวิชาชีพเดียวกัน

ความรุนแรงในที่ทำงานส่งผลกระทบโดยตรงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานมากขึ้น (รมิดา

แสงสวัสดิ์, 2561) จากการศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งพบว่า ผลกระทบของความรุนแรงประกอบด้วย ผลจากการถูกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ทำให้ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 38.10 ทำให้ต้องส่งไปรับการรักษาต่อ ร้อยละ 25 และต้องหยุดพักงาน ร้อยละ 14.20 ส่วนผลจากการถูกระทำ ความรุนแรงด้านจิตใจ คือ ทำให้คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ร้อยละ 44.40 ทำให้ตื่นตัวหรือระมัดระวังตลอดเวลา ร้อยละ 49.90 และพยายามไม่พูดถึง ไม่คิดถึง ร้อยละ 50 (ณัฐญา กาใหญ่, 2549)

การจัดการของทีมสหวิชาชีพเมื่อเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การป้องกันและจัดการความรุนแรงได้อย่างถูกต้องนั้นมีผลต่อความปลอดภัยและสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ ตลอดจนหน่วยงานและองค์กร (Occupational Safety and Health Administration, 2012) โดยทั่วไป การจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับโครงสร้างและแนวการปฏิบัติภายในหน่วยงานหรือองค์กร ตลอดจนประสบการณ์ การประเมินสถานการณ์ของบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการจัดการความรุนแรงที่แตกต่างกัน เช่น การระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง การเดินหนีออกจากสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าจับ (ชุดิมา มงคลบุตร, 2559)

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เป็นสถานบริการด้านสุขภาพพบว่ายังมีจำกัด มีเพียงการศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงาน แหล่งที่มาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบ และการจัดการของบุคลากรทางพยาบาล ประกอบกับแผนกจิตเวชเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ผู้ที่มีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ และผู้ที่มีปัญหาด้านการควบคุมพฤติกรรม การดูแลผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้

จึงต้องให้การดูแลแบบใกล้ชิด หรือในบางครั้งอาจมีการสัมผัสตัวผู้ป่วย จากลักษณะที่กล่าวมาทำให้แผนกจิตเวชมีความเสี่ยงและมีโอกาสเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้มากกว่าแผนกอื่นๆ และจากการศึกษาพบว่าผู้ร่วมงานก็เป็นแหล่งที่มาของความรุนแรงด้านร่างกายและด้านจิตใจเช่นเดียวกับความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วย ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวชนั้นยังไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดขึ้นกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย เพื่ออธิบายสถานการณ์ ลักษณะความรุนแรง แหล่งที่มา ผลกระทบ และการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ตลอดจนสามารถนำมาวางแผนในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ใน 4 ประเด็น ได้แก่ อุบัติการณ์ แหล่งที่มา ผลกระทบ และวิธีการจัดการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ที่กล่าวว่า ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน หมายถึง การกระทำ ความรุนแรงโดยการใช้อำนาจคุกคามหรือกระทำกับบุคคลอื่นในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับงาน ซึ่งการกระทำนั้นทำให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นอันตรายต่อจิตใจที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ พัฒนาการถดถอย หรือกีดกันการพัฒนาทางความคิด หรือเกิดการตายเกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ความรุนแรงด้านร่างกาย (physical

violence) หมายถึง การใช้กำลังทางร่างกาย หรือ ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ อาวุธ กระทำต่อทีมสหวิชาชีพ อันมีผลทำให้เกิดหรืออาจมีผลทำให้เกิดอันตรายทาง ร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ นอกจากนี้ยังรวมถึง การผลัก กัด หยิก บีบ ตี ตบ ต่อย ตะ แทะ ยัง เป็นต้น และ 2) ความรุนแรงด้านจิตใจ (psychological violence หรือ emotion abuse) หมายถึง การจงใจใช้อำนาจ ซึ่งรวมถึงการคุกคาม ข่มขู่ การใช้คำพูดข่มเหง โดย กระทำต่อทีมสหวิชาชีพ อันมีผลทำให้เกิดหรืออาจมีผล ทำให้เกิดอันตรายต่อจิตใจ จิตวิญญาณ โดยความรุนแรง ด้านจิตใจรวมถึงการทารุณกรรมทางวาจา (verbal abuse) การก่อกวน/กลั่นแกล้ง (bullying/ mobbing) การล่วงเกินทางเพศ (sexual harassment) และการเหยียดเชื้อชาติ (racial harassment)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการบำบัด รักษาฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ จิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด ของโรงพยาบาลจิตเวช 2) มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 269 คน และ เพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสำรวจไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2021) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 323 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกโรงพยาบาล 1 แห่ง จากแต่ละภาค (ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดย

การจับสลาก ได้จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตามลำดับ ซึ่งมีประชากรรวม 861 คน ทั้งนี้ โรงพยาบาลแต่ละแห่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวิชาชีพพยาบาล และกลุ่มสหวิชาชีพอื่น จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่งข้างต้น จำนวน 88 คน 56 คน 86 คน และ 93 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสำรวจความรุนแรงในสถานบริการทางสุขภาพ ที่จัดทำขึ้นโดยองค์การระดับนานาชาติ 4 องค์การ ที่ได้ร่วมกันศึกษา “ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เป็นสถานให้บริการด้านสุขภาพ” ประกอบด้วย หน่วยงานแรงงานนานาชาติ (International Labor Office) สภายาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurse) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การบริการสาธารณสุขนานาชาติ (Public Service International) แบบสำรวจแบ่งออกเป็น 3 ส่วน แปลเป็นภาษาไทยโดย เกสรา ศรีพิชญากุล, ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ, และบังอร สุทธิจิตพัฒนา (2545) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิชาชีพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน รูปแบบการทำงาน ลักษณะการทำงาน และระเบียบในการรายงานเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ผลของการถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย และการดำเนินการกับเหตุการณ์ความรุนแรงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น รวม

จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ และข้อมูลความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย (เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ แบ่งออกเป็นการถูกกระทำความรุนแรงทางวาจา จำนวน 12 ข้อ การก่อกวนหรือกลั่นแกล้ง จำนวน 12 ข้อ การล่วงเกินทางเพศ จำนวน 12 ข้อ และการเหยียดเชื้อชาติ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวน 48 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และข้อมูลความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อถูกกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ (เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้แปลแบบสำรวจความรุนแรงในสถานบริการทางสุขภาพได้ปรึกษาคำศัพท์บางคำกับนักศึกษาระดับปริญญาเอกชาวสหรัฐอเมริกา 1 คน จิตแพทย์ชาวไทย 1 คน และผู้พิพากษาชาวไทย 1 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความชัดเจนของการตอบ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบ และความสอดคล้องของการตอบระหว่างข้อและหาค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อถูกกระทำความรุนแรง ด้วยวิธีการของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 083/2020 วันที่ 21 กรกฎาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัย กรมสุขภาพจิต (เอกสารรับรอง เลขที่ 047/2563 วันที่ 27 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นติดต่อผู้ประสานงานซึ่งเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการสำรวจรายชื่อทีมสหวิชาชีพ และจัดส่งแบบสำรวจพร้อมเอกสารเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ประสานงาน เพื่อนำไปแจกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ จากนั้นผู้ประสานงานรวบรวมแบบสำรวจ และจัดส่งให้ผู้วิจัย ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย และข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานระหว่างกลุ่มวิชาชีพพยาบาลกับกลุ่มสหวิชาชีพอื่น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ทำงานของทีมสหวิชาชีพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพแบ่งออกเป็นกลุ่มวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 78.33 และกลุ่มสหวิชาชีพอื่น

คิดเป็นร้อยละ 21.67 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.52 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 24-56 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.85 และมีอายุเฉลี่ย 37.91 ปี ($SD = 7.60$) มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.49 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในช่วง 11-15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.39 ส่วนใหญ่มีรูปแบบการทำงานเป็นเวร คิดเป็นร้อยละ 70.90 ลักษณะการทำงานต้องมีการติดต่อหรือพบปะกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 89.78 และทั้งหมดระบุว่ามีระเบียบในการรายงานเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 100

2. อุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในทีมสหวิชาชีพ พบว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทีมสหวิชาชีพมีประสบการณ์การถูกระงับการทำความรุนแรงด้านร่างกาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.48 และถูกระงับการทำความรุนแรงด้านจิตใจ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.29 โดยพบว่าถูกระงับการทำความรุนแรงทางวาจา คิดเป็นร้อยละ 5.57 การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล คิดเป็นร้อยละ 1.55 การกลั่นแกล้งทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 2.17 และทั้งหมดไม่พบการเหยียดเชื้อชาติ คิดเป็นร้อยละ 100

3. แหล่งที่มาของความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในทีมสหวิชาชีพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพทั้งหมด ($n = 8$) ระบุว่าแหล่งที่มาของความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนแหล่งที่มาของความรุนแรงด้านจิตใจ ($n = 30$) แบ่งออกเป็น 1) ความรุนแรงทางวาจา ($n = 18$) แหล่งที่มาของความรุนแรง คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 38.89 ญาติผู้ป่วยหรือญาติผู้รับบริการ และผู้ร่วมงานในหน่วยงานเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 22.22 เท่ากัน บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับสถานที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และผู้ร่วมงานในหน่วยงานอื่น คิดเป็นร้อยละ 5.56 ตามลำดับ 2) การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล ($n = 5$) แหล่งที่มาของความรุนแรง คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 3) การกลั่นแกล้ง

ทางเพศ ($n = 7$) แหล่งที่มาของความรุนแรง คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 100

4. ผลกระทบของความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผลกระทบของความรุนแรงด้านร่างกาย ($n = 8$) คือ ได้รับบาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 50 และไม่ได้บาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บ ต้องรับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 50 และพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกหวาดกลัวถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนผลกระทบของความรุนแรงด้านจิตใจ ($n = 30$) แบ่งออกเป็น 1) ความรุนแรงทางวาจา ($n = 18$) พบว่ามีความรู้สึกหวาดกลัวถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 16.66 2) การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล ($n = 5$) พบว่ามีความรู้สึกหวาดกลัวถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 40 และ 3) การกลั่นแกล้งทางเพศ ($n = 7$) พบว่ามีความรู้สึกหวาดกลัวถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 57.14

5. วิธีการจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในทีมสหวิชาชีพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ถูกกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกาย ($n = 8$) ทั้งหมดเลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ ไม่ได้ทำอะไร และรายงานหัวหน้า คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ทั้งหมดมีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีหัวหน้าเป็นผู้ตรวจสอบ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้กระทำความรุนแรงถูกระงับการให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 75 การดำเนินการของหัวหน้า คือ มีการให้คำปรึกษาให้เล่าเหตุการณ์หรือเขียนรายงาน และให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

ส่วนความรุนแรงด้านจิตใจ ($n = 30$) แบ่งออกเป็น 1) ความรุนแรงทางวาจา ($n = 18$) พบว่าส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ ไม่ได้ทำอะไร คิดเป็นร้อยละ 72.22 รองลงมา คือ พยายามคิดว่า

ไม่มีอะไรเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยมีหัวหน้าเป็นผู้ตรวจสอบ คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งหมดไม่ทราบผลที่เกิดขึ้นกับผู้กระทำความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 100 การดำเนินการของหัวหน้า คือ มีการให้คำปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.11 ให้เล่าเหตุการณ์หรือเขียนรายงาน คิดเป็นร้อยละ 38.89 และให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น คิดเป็นร้อยละ 22.22 2) การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล (n = 5) พบว่า ทั้งหมดเลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ บอกให้คนนั้นหยุดกระทำ บอกผู้ร่วมงาน รายงานหัวหน้า และเขียนรายงานเหตุการณ์ส่ง คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ทั้งหมดมีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีหัวหน้าเป็นผู้ตรวจสอบ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้กระทำความรุนแรงถูกระงับการให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 60 การดำเนินการของหัวหน้า คือ มีการให้คำปรึกษา และให้เล่าเหตุการณ์หรือเขียนรายงาน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน และให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น คิดเป็นร้อยละ 60 และ 3) การลวนลามทางเพศ (n = 7)

พบว่า ทั้งหมดเลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ รายงานหัวหน้า และเขียนรายงานเหตุการณ์ส่ง คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมา คือ บอกให้คนนั้นหยุดกระทำ และบอกผู้ร่วมงาน คิดเป็นร้อยละ 42.86 เท่ากัน ทั้งหมดมีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีหัวหน้าเป็นผู้ตรวจสอบ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้กระทำความรุนแรงถูกระงับการให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 71.43 การดำเนินการของหัวหน้า คือ มีการให้คำปรึกษา ให้เล่าเหตุการณ์หรือเขียนรายงาน และให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

6. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มวิชาชีพพยาบาลกับกลุ่มสหวิชาชีพอื่น พบว่า กลุ่มวิชาชีพพยาบาลมีอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านร่างกาย และอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านจิตใจ ทั้งความรุนแรงทางวาจา การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล การลวนลามทางเพศ และการเหยียดเชื้อชาติ ไม่แตกต่างจากกลุ่มสหวิชาชีพอื่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในทีมสหวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มวิชาชีพพยาบาลกับกลุ่มสหวิชาชีพอื่น

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	mean rank	Mann-Whitney U test	
					Z	p
ความรุนแรงด้านร่างกาย						
กลุ่มวิชาชีพพยาบาล	253	.02	.15	161.83	-.231	.817
กลุ่มสหวิชาชีพอื่น	70	.03	.17	162.61		
ความรุนแรงด้านจิตใจ						
ความรุนแรงทางวาจา						
กลุ่มวิชาชีพพยาบาล	253	.06	.24	162.58	-.530	.596
กลุ่มสหวิชาชีพอื่น	70	.04	.20	159.50		
การก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล						
กลุ่มวิชาชีพพยาบาล	253	.02	.14	162.69	-1.184	.237
กลุ่มสหวิชาชีพอื่น	70	.00	.00	159.50		
การล่วงละเมิดทางเพศ						
กลุ่มวิชาชีพพยาบาล	253	.02	.14	161.69	-.447	.655
กลุ่มสหวิชาชีพอื่น	70	.03	.17	163.11		
การเหยียดเชื้อชาติ						
กลุ่มวิชาชีพพยาบาล	253	.00	.00	162.00	.000	1.000
กลุ่มสหวิชาชีพอื่น	70	.00	.00	162.00		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทีมสหวิชาชีพมีประสบการณ์การถูกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 9.29 รองลงมา คือ การถูกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 2.48 ซึ่งเมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างความรุนแรงด้านวาจากับความรุนแรงด้านร่างกาย พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎากร โสธรเจริญสินธุ์ และพรชัย ลิทธิศรัณย์กุล (2565) ที่พบว่า ความชุกของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชในช่วง 12 เดือน

ที่ผ่านมา พบความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด ร้อยละ 90.10 รองลงมา คือ เหตุความรุนแรงทางกาย ร้อยละ 38.20 ไกล่เคียงกับการศึกษาของกตিকা เลี้ยงสกุล, มยุรี ลักนาศิริโรรัตน์, และวิชัย อารับ (2564) ที่พบว่า รูปแบบความรุนแรงที่พบสูงสุด คือ ความรุนแรงทางวาจา ร้อยละ 45.87 รองลงมา คือ ความรุนแรงทางกาย ร้อยละ 7.95 และใกล้เคียงกับการศึกษาในมาเก๊าที่พบว่า ลักษณะความรุนแรงทางวาจาที่พบบ่อยที่สุด คือ การใช้เสียงตะคอก ดุถูก ดุหมิ่น วิจารณ์ให้เสื่อมเสีย (Cheung, Lee, & Yip, 2017)

ผลการวิจัยพบว่า ทีมสหวิชาชีพระบุว่าแหล่งที่มาของความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ร้อยละ 100 แหล่งที่มาของความรุนแรงทางวาจา คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 38.89 แหล่งที่มาของการก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 100 และแหล่งที่มาของการลวนลามทางเพศ คือ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกระทำ ความรุนแรงต่อทีมสหวิชาชีพมากที่สุดนั้น อาจเป็น เพราะว่ามีทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่มีรูปแบบการทำงาน เป็นเวร (ร้อยละ 70.90) และลักษณะการทำงานต้องมีการติดต่อหรือพบปะกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ร้อยละ 89.78) ทำให้มีการสัมผัสถูกต้องตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จึงมีโอกาที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะกระทำ ความรุนแรงต่อทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา ของกิตติกา เลี้ยงสกุล และคณะ (2564) ที่ระบุว่า ผู้ก่อเหตุ ความรุนแรงทางกายและทางเพศสูงสุด คือ ผู้ป่วย ซึ่งอาจ เนื่องจากการให้การรักษายาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจึงสามารถก่อเหตุความรุนแรง ทางกายและทางเพศต่อบุคลากรได้

ผลการวิจัยพบว่า ทีมสหวิชาชีพระบุว่าผลกระทบ ของความรุนแรงด้านร่างกาย คือ ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 50 และต้องรับการรักษา ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ มีความรู้สึกหวาดวิตกกังวลถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพนั้น อยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 62.50 ส่วนผลกระทบของความรุนแรงทางวาจา ทำให้มีความ รู้สึกหวาดวิตกกังวลถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ใน ความทรงจำในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 16.66 ผลกระทบ ของการก่อกวนหรือความวุ่นวายจลาจล ทำให้มีความรู้สึก หวาดวิตกกังวลถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ใน ความทรงจำในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40 และผลกระทบ ของการลวนลามทางเพศ ทำให้มีความรู้สึกหวาดวิตกกังวล ถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำ ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 57.14 สอดคล้องกับการศึกษา ของวันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และณวิรัชยา ประเสริฐสุขจินดา (2553) ที่พบว่า ผลของการถูกระทำ ความรุนแรงต่อร่างกายของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่

ไม่มีการบาดเจ็บ ร้อยละ 32.40 รองลงมา คือ เป็นรอย จี๊ดขี้หน้ ร้อยละ 28.60 ส่วนผลของการถูกระทำ ความรุนแรงต่อจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามี ความรู้สึกโกรธ ร้อยละ 72.40 รองลงมา คือ มีภาวะ เครียด ร้อยละ 67.60 และรู้สึกเสียใจ ร้อยละ 51.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐญา กาใหญ่ (2549) ที่พบว่า ผลกระทบของความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลนั้น มีทั้งผลที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย ร้อยละ 38.10 และผลที่เกิดขึ้นด้านจิตใจจากการ ถูกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย โดยส่วนใหญ่จะ หวนคิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพนั้นอยู่ใน ความทรงจำในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 38.10 ส่วนผลที่ เกิดขึ้นด้านจิตใจจากการถูกระทำความรุนแรงทาง วาจา ส่วนใหญ่จะหวนคิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือ มีภาพนั้นอยู่ในความทรงจำในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 44.40

ผลการวิจัยพบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ถูกกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกายเลือกวิธีการจัดการกับความ รุนแรง คือ ไม่ได้ทำอะไร และรายงานหัวหน้า ร้อยละ 100 รวมถึงมีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรงและ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 100 ส่วนความรุนแรงทางวาจา ทีมสหวิชาชีพ เลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ ไม่ได้ทำอะไร ร้อยละ 72.22 รองลงมา คือ พยายามคิดว่าไม่มีอะไร เกิดขึ้น ร้อยละ 33.33 รวมถึงมีการค้นหาสาเหตุของ ความรุนแรง ร้อยละ 11.11 เช่นเดียวกับด้านร่างกาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทีมสหวิชาชีพเลือกจัดการกับความ รุนแรงที่เกิดขึ้นโดยทำให้เหตุการณ์นั้นไม่รุนแรงหรือ ลุลกลามมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อตนเอง เพื่อนร่วมงาน หรือผู้อื่น เนื่องจากสาเหตุของความรุนแรงส่วนใหญ่ มาจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยทีมสหวิชาชีพมองว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเป็นภาวะอาการของ โรคมากกว่าเจตนาส่วนตัว นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพ มองว่าการรายงานเหตุการณ์ไม่ได้นำไปสู่การสนับสนุน การช่วยเหลือ หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ จากผู้บริหาร

หรือหน่วยงาน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rose (1997 อ้างถึงในวันเพ็ญ ไสโหม และคณะ, 2553) ที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 21 ไม่เขียนรายงานการถูกกระทำ ความรุนแรงทางร่างกาย และร้อยละ 63 ไม่เขียนรายงานการถูกกระทำ ความรุนแรงทางวาจา สำหรับการก่อวินาศกรรมหรือความวุ่นวายจลาจล ทีมสหวิชาชีพเลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ บอกให้คนนั้นหยุดกระทำ บอกผู้ร่วมงาน รายงานหัวหน้า และเขียนรายงานเหตุการณ์ส่ง ร้อยละ 100 มีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง ร้อยละ 100 สำหรับการลงนามทางเพศ ทีมสหวิชาชีพเลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรง คือ รายงานหัวหน้า และเขียนรายงานเหตุการณ์ส่ง ร้อยละ 100 รองลงมา คือ บอกให้คนนั้นหยุดกระทำ และบอกผู้ร่วมงาน ร้อยละ 42.86 มีการค้นหาสาเหตุของความรุนแรง ร้อยละ 100 เมื่อหัวหน้าได้รับการรายงาน จะมีการให้คำปรึกษา ให้เล่าเหตุการณ์หรือเขียนรายงาน ตลอดจนให้ความช่วยเหลืออย่างอื่น ซึ่งการลงนามทางเพศเป็นพฤติกรรมที่ละเมิดขอบเขตส่วนบุคคล และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถือเป็นการคุกคามอย่างหนึ่งที่ไม่สามารถอดทนได้ เมื่อหัวหน้าได้รับการรายงานถึงความรุนแรงในสถานที่ทำงานเกี่ยวกับการลงนามทางเพศที่เกิดขึ้น จะต้องดำเนินการแก้ไข และจัดการผู้ก่อความรุนแรงตามระเบียบของหน่วยงาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวิชาชีพพยาบาลมีอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านร่างกาย และอุบัติการณ์ความรุนแรงด้านจิตใจ ทั้งความรุนแรงทางวาจา การก่อวินาศกรรมหรือความวุ่นวายจลาจล การลงนามทางเพศ และการเหยียดเชื้อชาติ ไม่แตกต่างจากกลุ่มสหวิชาชีพอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีรูปแบบการทำงานเป็นเวร และลักษณะการทำงานต้องมีการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเช่นเดียวกัน มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมาก ซึ่งจะต้องมีการสัมผัสถูกตัวของผู้ป่วย ตลอดจนในการทำงานนั้น มีลักษณะการทำงานเป็นทีม ทำให้การทำงานมีโอกาส

ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ จึงเสี่ยงที่จะเผชิญความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ เท่ากัน ทำให้อุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวชควรมีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เช่น เน้นการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาน้อยแต่ได้ประสิทธิผลมาก เพื่อเป็นการลดระยะเวลาในการสัมผัสผู้ป่วย รวมทั้งจัดสรรอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม และสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมและลดผลกระทบต่อนุคลากร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อให้เข้าใจลักษณะและบริบทของความรุนแรงในแต่ละสถานที่ ช่วยพัฒนาแนวทางป้องกันและการจัดการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตรงกับความต้องการของบุคลากรและองค์กร

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เป็นสถานพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันการเกิดความรุนแรงและการบริหารจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

กิตติกา เลี้ยงสกุล, มยุรี ลัคนาคีโรรัตน์, และวิชัย อารับ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด ความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรใน โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งใน ภาคใต้. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 4(1), 117-133.

- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2558). *สรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2558*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- เกสร ศรีพิชญากุล, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, และบังอร ศุภวิทิพัฒนา. (2545). ความรุนแรงในที่ทำงานที่เป็นสถานให้บริการทางสุขภาพ. *พยาบาลสาร* (พิเศษ), 201-215.
- เจษฎากร ไสธรเจริญสินธุ์, และพรชัย สิทธิศรีณกุล. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 39(2), 203-211.
- ชุติมา มงคลบุตร. (2559). สถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการความรุนแรงของบุคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐญา กาใหญ่. (2549). *ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภัสวรรณ พชรนสาร, และสมรัตน์ เลิศมหาอุทธี. (2561). ความชุก ลักษณะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(2), 212-225.
- รณิดา แสงสวัสดิ์. (2561). *ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน: ศึกษากรณีเจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลตำรวจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ รัชฎาจิรา, และณวิรัชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารดีพยาบาลสาร*, 16(1), 121-135.
- Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. F. (2017). Workplace violence toward physicians and nurses: Prevalence and correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 879. doi:10.3390/ijerph14080879
- International Labour Organization. (2012). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Geneva: Author.
- 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
- Lin, L.-Y., Juan, C.-W., & Chu, C. (2014). The needs and potential solutions for improvement of workplace violence management in emergency departments in Taiwanese hospitals. *Journal of Acute Medicine*, 4(1), 13-19. doi:10.1016/j.jacme.2013.11.001

- Medina-Maldonado, V., Pozo, J., Barrera, J., Urgiles, P., Ortiz, S., Yanez, C., ... Ruiz, S. (2019). Workplace violence among nursing staff subjective perceptions, preliminary results. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3), 1–16. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n3/1561-2961-enf-35-03-e2772.pdf>
- Occupational Safety and Health Administration. (2012). *Workplace violence OSHA fact sheet*. Washington, DC: Author.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2013). *Research shows workplace violence threatens health services*. Geneva: Author.
- Yang, S. Z., Wu, D., Wang, N., Hesketh, T., Sun, K. S., Li, L., & Zhou, X. (2019). Workplace violence and its aftermath in China's health sector: Implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open*, 9(9), e031513. doi:10.1136/bmjopen-2019-031513
-

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

Factors Associated with Mortality in Patients with ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction Admitted to Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital

วนิดา อินทชิต, พย.บ. ¹

Wanida Intachit, B.N.S. ¹

บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

Busayarat Loysak, M.N.S. (Adult Nursing) ²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ป.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ³

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ³

ชลธิชา ผ่องจิตร์, พย.บ. ⁴

Chonticha Phongchit, B.N.S. ⁴

Received: September 5, 2025 Revised: November 10, 2025 Accepted: November 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

^{1,4} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

^{1,4} Registered Nurse, Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachin Buri Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: top_busa@hotmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

หัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 285 ราย ในระยะเวลา 3 ปี เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่มแบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย 2.49 เท่า (AOR = 2.49, 95% CI = 1.17–5.29, $p < .05$) 2) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 4.37 เท่า (AOR = 4.37, 95% CI = 1.80–10.53, $p < .01$) และ 3) ผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกน้อยกว่า 120 นาที 2.09 เท่า (AOR = 2.09, 95% CI = 1.00–4.36, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางหรือระบบบริหารจัดการให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การตาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง การเข้ารับการรักษา

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to examine factors associated with mortality in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (STEMI). The samples were 285 medical records of patients with STEMI admitted to Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital over a three-year period. The research instrument was a case record form. Data were collected from December 2022 to February 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple binary logistic regression analysis.

The research results revealed that 1) the female patients had a 2.49 times higher likelihood of mortality compared to the male patients (AOR = 2.49, 95% CI = 1.17–5.29, $p < .05$); 2) the patients aged 60 years and over had a 4.37 times greater likelihood of mortality compared to the patients aged less than 60 years (AOR = 4.37, 95% CI = 1.80–10.53, $p < .01$); and 3) the patients with first medical contact (FMC) 120 minutes and over had a 2.09 times higher likelihood of mortality compared to those with FMC less than 120 minutes (AOR = 2.09, 95% CI = 1.00–4.36, $p < .05$).

This research suggests that related agencies should establish a guideline or a management system that provides the patients with STEMI access to health services immediately and effectively. This will help reduce the mortality rates in these patients.

Keywords: Mortality, Patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction, Admission

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-segment elevation acute myocardial infarction [STEMI]) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพทั่วโลก (Akbar & Mountfort, 2024; World Health Organization [WHO], 2013) ภาวะนี้เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและอาจเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ (WHO, 2013) แม้ว่าวงการแพทย์จะมีความก้าวหน้ามากขึ้นทั้งด้านการวินิจฉัยและการรักษา แต่อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรและการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 19.80 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก อีกทั้งในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุต่ำกว่า 70 ปี) จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 18 ล้านคน โดยอย่างน้อยร้อยละ 38 มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2013; WHO, 2025)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานไว้ว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากร โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40, 32.60, 33.50, 35.10 และ 33.50 ตามลำดับ สะท้อนถึงปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงขึ้นทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรระบุว่า

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในช่วงปีงบประมาณ 2563–2565 คิดเป็นร้อยละ 11.92, 11.24 และ 13.92 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมุมมองของการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจะช่วยยกระดับแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำ Roy's Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งมองว่าบุคคลเป็นระบบที่ปรับตัว (adaptive system) ที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย การเสียชีวิตจึงเป็นผลลัพธ์จากการที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของ STEMI ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรอิสระเพื่อศึกษาใน 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งกระตุ้น (stimuli) ได้แก่ เพศ อายุ (พงศ์ศักดิ์, ธรรมกุลศักดิ์, วัลภา อรัญนะภูมิ, วรณัน ชีรสุดาพรรณ, และปารย์วัชร จิตอารีย์, 2567; สุทธิเทพ ดวงสร และอุษาวดี ธารไพโรธานนท์, 2567; โสภิตา ธรรมมงคลชัย, 2565) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลทางชีวภาพที่งานวิจัยในต่างประเทศรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และดัชนีมวลกาย (BMI) (วสุพล มโนมัยพันธุ์, 2566) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ซับซ้อน ส่วนดัชนีมวลกายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวของร่างกาย เป็นดัชนีชี้วัดการปรับตัวในรูปแบบทางสรีรวิทยา (physiological mode) โดยเฉพาะด้านโภชนาการ โดยดัชนีมวลกายที่ต่ำหรือสูงเกินไปอาจส่งผลต่อการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) ได้แก่ การติดต่อ

ทางการแพทย์ครั้งแรก (first medical contact [FMC]) (ณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, และกาญจนา พิบุลย์, 2561; เบญจมาศ แสงแสง, ศรีนชา ดวงเดือน, ชันทอง มางจางคิอุดม, อรุณศรี แสงเมือง, และภัทรพงษ์ มกรเวส, 2563) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการตอบสนองทางพฤติกรรมในการแสวงหาบริการสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกที่ล่าช้าจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

งานวิจัยในต่างประเทศรายงานว่า ปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อบริการทางการแพทย์ครั้งแรก และภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI (Maimaitiming et al., 2025; Pop et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาในบริบทของประเทศไทย เพื่อสะท้อนถึงปัจจัยเชิงสังคม ชีวภาพ และระบบบริการสุขภาพที่อาจแตกต่างจากต่างประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วางแผนการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย STEMI ได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานการวิจัย

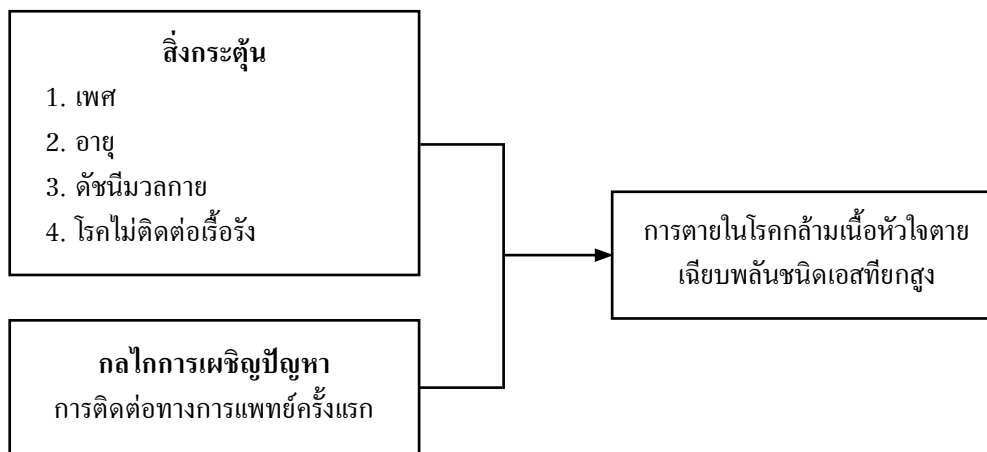
ปัจจัยเรื่องเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจัดกลุ่มตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) ซึ่งมองว่าบุคคลเป็นระบบที่ปรับตัว ที่มีเป้าหมายเพื่อการอยู่รอด ส่วนการตายเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การปรับตัวของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและกลไกการเผชิญปัญหา ทั้งนี้ สิ่งกระตุ้นคือ ปัจจัยที่กระตุ้นให้ระบบการปรับตัวของร่างกายตอบสนองต่อภาวะ STEMI ได้แก่ 1) เพศ เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ส่งผลต่อพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรค เช่น ความแตกต่างของขนาดหลอดเลือด หรือการแสดงอาการที่ไม่จำเพาะ (atypical symptoms) มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และกระทบต่อรูปแบบการปรับตัวทางสรีรวิทยา 2) อายุ เป็นปัจจัยเด่นทางชีววิทยาที่เพิ่มขึ้นตามเวลา ส่งผลต่อความเสื่อมของระบบหลอดเลือดหัวใจและการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดของหัวใจ 3) ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยบริบทที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อ STEMI และ 4) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยพื้นฐานที่มีอยู่ เช่น โรคเบาหวาน ส่งผลต่อการลดความสามารถของร่างกายในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของ STEMI ผ่านการทำลายของหลอดเลือดและอวัยวะสำคัญ ส่วนกลไกการเผชิญปัญหา ได้แก่ การติดต่อทาง

การแพทย์ครั้งแรก สะท้อนถึงพฤติกรรมการปรับตัว ในการแสวงหาบริการสุขภาพ การตอบสนองที่ล่าช้า เป็นการปรับตัวที่ล้มเหลวในเชิงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลเสีย

ต่อรูปแบบการปรับตัวทางสรีรวิทยาโดยตรง สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น เชนะเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นเชนะเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 และ 2) เป็นเชนะเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก ได้เชนะเบียนของผู้ป่วยจำนวน 285 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับ 1) สิ่งกระตุ้น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง) 2) กลไกการเผชิญปัญหา ได้แก่ การติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก และ 3) การตาย รวมจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์แพทย์โรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .80-1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
การคัดกรองและพิจารณาจริยธรรมสำหรับงานวิจัย
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (เอกสารรับรอง เลขที่
IRB-BHUBEJHR-231 วันที่ 13 กรกฎาคม 2566)
ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ
เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้
เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ
วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเข้าถึง
ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเย็บผนังหัวใจสูง และ
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565
จากนั้นเลือกเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัย
สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP และบันทึก
ข้อมูลของผู้ป่วยตามตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแบบ
บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ละรายจนครบจำนวน และตรวจสอบ
ความถูกต้องของข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยซ้ำอีกครั้ง หากพบ
ความไม่สอดคล้องของข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะประชุม
พิจารณาความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน ทั้งนี้ ดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึง

เดือนกุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
(เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การติดต่อ
ทางการแพทย์ครั้งแรก และการตาย) วิเคราะห์ด้วยสถิติ
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตาย ในขั้นตอน
univariable analysis วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์
การถดถอยโลจิสติกแบบง่าย คัดเลือกตัวแปรที่มี
ค่า p < 0.250 (Zhang, 2016) เข้าสู่ขั้นตอน
multivariable analysis โดยใช้สถิติการวิเคราะห์
การถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่มแบบทวิ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลันชนิดเย็บผนังหัวใจสูง ที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.79 ครั้งหนึ่งมีอายุ
น้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.88 ($M = 60.45$,
 $SD = 13.90$) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง
18.00–29.99 กก./ม.² (อยู่ในเกณฑ์ปกติ) คิดเป็น
ร้อยละ 85.26 ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ
57.19 ผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งมีการติดต่อทางการแพทย์
ครั้งแรกน้อยกว่า 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 59.30 และ
พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตาย คิดเป็นร้อยละ 87.02
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (n = 285)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	216	75.79
หญิง	69	24.21
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	145	50.88
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	140	49.12
min-max = 24-93, M = 60.45, SD = 13.90		
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18 กก./ม. ²	13	4.56
18.00-29.99 กก./ม. ²	243	85.26
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม. ²	29	10.18
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
มี	122	42.81
ไม่มี	163	57.19
การติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก		
น้อยกว่า 120 นาที	169	59.30
มากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที	116	40.70
การตาย		
ตาย	37	12.98
ไม่ตาย	248	87.02

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) เพศ โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย 2.49 เท่า (AOR = 2.49, 95% CI = 1.17-5.29, $p < .05$) 2) อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 4.37 เท่า (AOR = 4.37, 95% CI = 1.80-10.53, $p < .01$) และ 3) การติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก โดยผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกน้อยกว่า 120 นาที 2.09 เท่า (AOR = 2.09, 95% CI = 1.00-4.36, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (n = 285)

ปัจจัย	การตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
เพศ				
ชาย	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
หญิง	3.20 (1.57–6.55)	.001	2.49 (1.17–5.29)	.018
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	5.38 (2.28–12.71)	.001	4.37 (1.80–10.53)	.001
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่า 18 กก./ม. ²	3.03 (.88–10.42)	.079		
18.00–29.99 กก./ม. ²	1.00 (reference)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม. ²	.50 (.11–2.23)	.370		
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
มี	1.49 (.74–2.90)	.262		
ไม่มี	1.00 (reference)			
การติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก				
น้อยกว่า 120 นาที	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที	2.61 (1.05–4.25)	.036	2.09 (1.00–4.36)	.049

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น และการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกที่ล่าช้า นาน 120 นาทีขึ้นไป ขณะที่ดัชนีมวลกาย และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับการตาย ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า เพศหญิง อายุที่มากขึ้น และการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกที่ล่าช้า มีบทบาทสำคัญต่อการตายของผู้ป่วย STEMI ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Roy’s Adaptation

Model (Roy & Andrews, 1999) ที่อธิบายว่า บุคคลเป็นองค์รวมที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย การเสียชีวิตอาจเป็นผลจากการที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

ในส่วนปัจจัยเรื่องเพศต่อการตายในผู้ป่วย STEMI ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสดายมากกว่าผู้ป่วยเพศชายถึง 2.49 เท่า โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน (Pancholy, Shantha, Patel, & Cheskin, 2014; Vaccarino et al., 2011) ทั้งนี้ อธิบายตามกรอบแนวคิด Roy’s Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) ได้ว่า เพศหญิงจัดเป็น สิ่งกระตุ้นคงที่ ซึ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และส่งผลต่อความสามารถในการ

ปรับตัวตามรูปแบบการปรับตัวทางสรีรวิทยาโดยตรง การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในเพศหญิงจึงนำไปสู่การเสียชีวิตที่สูงกว่า สาเหตุอาจเกิดจากความแตกต่างทางสรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยา เช่น ลักษณะของหลอดเลือดที่ตีบแบบ diffuse lesion ขนาดหลอดเลือดที่เล็กกว่า รวมถึงการแสดงออกของอาการที่ไม่จำเพาะ ทำให้ผู้หญิงมักมารับการรักษาช้า และมีโอกาสได้รับการรักษาที่ไม่ครบถ้วนเมื่อเทียบกับผู้ชาย (Mehta et al., 2016) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า เพศหญิงมีอัตราการตายด้วย STEMI สูงกว่าเพศชาย (ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์, 2565; Laufer-Perl et al., 2015; Yan et al., 2023) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยร่วม เช่น อายุที่มากกว่า ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่มากกว่า หรือระยะเวลาเข้าถึงการรักษาที่ยาวนานกว่า แม้ว่าการศึกษบางชิ้นเมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปรอาจไม่พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายโดยตรง แต่ภาพรวมยังคงยืนยันว่า เพศหญิงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสำคัญเป็นพิเศษในการดูแลรักษา (Laufer-Perl et al., 2015) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการการคัดกรองและการดูแลที่ละเอียดอ่อนในระบบบริการสุขภาพของไทย

ในส่วนปัจจัยเรื่องอายุต่อการตายในผู้ป่วย STEMI ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ถึง 4.37 เท่า ทั้งนี้อธิบายตามกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) ได้ว่า อายุจัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความเด่นชัดและมีอิทธิพลอย่างสูงต่อผลลัพธ์การปรับตัว อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมตามธรรมชาติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวตามรูปแบบการปรับตัวทางสรีรวิทยาลดลงอย่างมาก เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของ STEMI หัวใจจึงไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งการเพิ่มขึ้นของอายุสัมพันธ์กับการเสื่อมสภาพ

ของหลอดเลือด เช่น ผนังหลอดเลือดที่เปราะและแข็งตัวมากขึ้น ประกอบกับโรคร่วมและข้อจำกัดด้านการฟื้นฟูส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อย (พงศศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ และคณะ, 2567; โสภิตา ธรรมมงคลชัย, 2565; Tumminello et al., 2022; Yan et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์ (2565) ที่รายงานว่า ความชุกของ STEMI เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี มีค่า AOR เท่ากับ 1.40 และ 1.70 ตามลำดับ ซึ่งกลไกที่อธิบายได้คือ ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายชนิด ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะความเครียดของหัวใจลดลง รวมถึงการซ่อมแซมกล้ามเนื้อหัวใจด้วยหลอดเลือด สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model ที่ชี้ว่า ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลจะลดลงตามอายุ ทำให้เสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น (Roy & Andrews, 1999)

สำหรับปัจจัยเรื่องการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกต่อการตายในผู้ป่วย STEMI ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที มีโอกาสตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกน้อยกว่า 120 นาที 2.09 เท่า ทั้งนี้อธิบายตามกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) ได้ว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรกที่ยาวนาน (≥ 120 นาที) สะท้อนถึงการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในรูปแบบพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ล่าช้า หรือมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่าอาการจะดีขึ้นเอง ซึ่งการล่าช้าทางพฤติกรรมนี้ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อรูปแบบการปรับตัวทางสรีรวิทยา ทำให้ความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจรุนแรงขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็น การปรับตัวที่ล้มเหลวหรือเกิดการเสียชีวิตขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่า ระยะเวลาการคืนการไหลเวียนเลือด (time to reperfusion) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ

การรอดชีวิตของผู้ป่วย STEMI (Ibanez et al., 2018; Yan et al., 2023) โดยระยะเวลาการคืนการไหลเวียนเลือดถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่กำหนดการรอดชีวิตของผู้ป่วย STEMI ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดเนื้อเยื่อตายในวงกว้าง เพิ่มความเสี่ยงต่อ cardiogenic shock และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Stopyra et al., 2023) ดังนั้น STEMI จึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาทันที การรักษาย่างถูกต้องและรวดเร็ว เช่น การเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเบญจมาศ แสนแสง และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วย STEMI ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาภายในเกณฑ์ (น้อยกว่า 120 นาที) คิดเป็นร้อยละ 59.24 ขณะที่กลุ่มที่มาช้ากว่าเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที) มีค่าเฉลี่ยเวลาถึงโรงพยาบาลยาวนานถึง 689 นาที ผลการวิจัยครั้งนี้จึงตอกย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างความตระหนักในประชาชน และการเร่งรัดการส่งต่อผู้ป่วย STEMI เพื่อให้ได้รับการบำบัดด้วยการคืนการไหลเวียนเลือด (reperfusion therapy) อย่างทันทั่วถึง

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ชัดว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายในผู้ป่วย STEMI ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรนั้น ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางชีวภาพที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (เพศหญิง และอายุ) และปัจจัยทางพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ (การติดต่อทางการแพทย์ครั้งแรก) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลของปัจจัยบางประการไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ผลการวิจัยก็ยังให้ข้อมูลที่มามีคุณค่าในประเด็นปัจจัยเสี่ยงบางประการ โดยเฉพาะปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

เช่น ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ การนำผลลัพธ์นี้ไปใช้สามารถช่วยชี้แนวทางในการค้นหาสาเหตุของการมารับบริการที่ล่าช้า และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางหรือระบบบริหารจัดการให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการประชาสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเข้าใจถึงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาโดยเร็ว ภายในระยะเวลาน้อยกว่า 120 นาที โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

1.2 บุคลากรสุขภาพควรมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงขณะที่มารับบริการตามนัด เช่น ผู้สูงอายุเพศหญิง เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังการเกิดโรค รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ไม่จำเพาะในผู้ป่วยเพศหญิง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการบำบัดด้วยการคืนการไหลเวียนเลือดอย่างทันทั่วถึง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือมาตรการที่มุ่งป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุ มุมมอง และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ถนอม นามวงศ์, และนริศรา อารีรักษ์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(เพิ่มเติม 2), S260-S268.
- นัฏพงษ์ ยาวะโนภาส, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, และกาญจนา พิบูลย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 337-352.
- เบญจมาศ แสนแสง, ศรีนยา ดวงเดือน, จันทอง มางจางดีอุดม, อรุณศรี แสนเมือง, และภัทรพงษ์ มกรเวส. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มีรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสที. *วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 172-190.
- พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, วัลภา อรัญนะภูมิ, วรณัณฐิ์สุตาพรรณ, และปารย์วัชร จิตอารีย์. (2567). การประยุกต์ใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอยกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 9(2), 1-10.
- วสุพล มโนมัยพันธุ์. (2566). *ความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายต่ออัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุทธิเทพ ดวงสร, และอุษาวดี ธารไพโรธสาธิต. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาสเตรปโตไคเนสในโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(3), 72-83.
- โสภิตา ธรรมมงคลชัย. (2565). *ความแตกต่างทางเพศกับผลลัพธ์ทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้ทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Akbar, H., & Mountfort, S. (2024). *Acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532281/>

- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Widimský, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

- Laufer-Perl, M., Shacham, Y., Letourneau-Shesaf, S., Priesler, O., Keren, G., Roth, A., & Steinvil, A. (2015). Gender-related mortality and in-hospital complications following ST-segment elevation myocardial infarction: Data from a primary percutaneous coronary intervention cohort. *Clinical Cardiology*, 38(3), 145–149. doi:10.1002/clc.22363
- Maimaitiming, M., Li, S., Huang, K., Maimaitiming, M., Liu, F., Smith, S. C., ... Jin, Y. (2025). Risk factors for cardiogenic shock incidence and mortality after acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Communications Medicine*, 5(1), 200. doi:10.1038/s43856-025-00874-y
- Mehta, L. S., Beckie, T. M., DeVon, H. A., Grines, C. L., Krumholz, H. M., Johnson, M. N., ... Wenger, N. K. (2016). Acute myocardial infarction in women: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 133(9), 916–947. doi:10.1161/CIR.00000000000000351
- Pancholy, S. B., Shantha, G. P. S., Patel, T., & Cheskin, L. J. (2014). Sex differences in short-term and long-term all-cause mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary percutaneous intervention: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(11), 1822–1830. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4762
- Pop, C. F., Coadă, C. A., Lupu, M., Ferent, I. F., Hodas, R. I., Pintilie, A., & Ursu, M. Ş. (2025). Factors associated with mortality risk in patients with cardiogenic shock post-ST-elevation myocardial infarction: Insights from a Regional Centre in Northwest Romania. *Medicina*, 61(4), 725. doi:10.3390/medicina61040725
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Stopyra, J. P., Snavely, A. C., Ashburn, N. P., Supples, M. W., Miller, C. D., & Mahler, S. A. (2023). Delayed first medical contact to reperfusion time increases mortality in rural emergency medical services patients with ST-elevation myocardial infarction. *Academic Emergency Medicine*, 30(11), 1101–1109. doi:10.1111/acem.14787
- Tumminello, G., D'Errico, A., Maruccio, A., Gentile, D., Barbieri, L., & Carugo, S. (2022). Age-related mortality in STEMI patients: Insight from one year of HUB centre experience during the pandemic. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 9(12), 432. doi:10.3390/jcdd9120432

- Vaccarino, V., Badimon, L., Corti, R., de Wit, C., Dorobantu, M., Hall, A., ... Bugiardini, R. (2011). Ischaemic heart disease in women: Are there sex differences in pathophysiology and risk factors? Position paper from the working group on coronary pathophysiology and microcirculation of the European Society of Cardiology. *Cardiovascular Research*, 90(1), 9–17. doi:10.1093/cvr/cvq394
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/94384>
- World Health Organization. (2025). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Yan, F., Zhang, Y., Pan, Y., Li, S., Yang, M., Wang, Y., ... Han, L. (2023). Prevalence and associated factors of mortality after percutaneous coronary intervention for adult patients with ST-elevation myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Medical Sciences*, 28, 17. doi:10.4103/jrms.jrms_781_21
- Zhang, Z. (2016). Model building strategy for logistic regression: Purposeful selection. *Annals of Translational Medicine*, 4(6), 111. doi:10.21037/atm.2016.02.15

**ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่***

**Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines
for Nursing Care of Schizophrenic Patients with
Auditory Hallucination, Inpatient Department,
Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province ***

รวิพันธ์ ใจเงิน, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Rawinan Jaingern, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ภัทราภรณ์ ภัทรสกล, ประ.ด. (การพยาบาล) ²

หรรษา เศรษฐบุปผา, ปร.ด. (การพยาบาล) ³

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) ²Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 24, 2023

Revised: December 2, 2025

Accepted: December 4, 2025

ບາດັດຍົວ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 12 คน ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 22 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 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Co-advisor

และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบบันทึกอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาล่วงหน้าภายใน 28 วัน แบบวัดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 0 ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง คิดเป็นร้อยละ 86.36 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาล่วงหน้าภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 0 เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 77.27 และมีความพึงพอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.73

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท อาการหูแว่ว แนวปฏิบัติทางคลินิก

Abstract

This operational research aimed to investigate the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for nursing care of schizophrenic patients with auditory hallucination, inpatient department, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The participants included 12 healthcare personnel who used the CPGs, 22 schizophrenic patients, and 22 caregivers of schizophrenic patients. The research instruments consisted of the CPGs for nursing care of schizophrenic patients with auditory hallucination, a personal data of healthcare personnel record form, a personal data of schizophrenic patient record form, a personal data of caregiver of schizophrenic patient record form, an incidence of severe aggressive behavior record form, a suffering from auditory hallucination assessment form, a re-admitted to the hospital within 28 days record form, a healthcare personnel satisfaction assessment form, a schizophrenic patient satisfaction assessment form, a caregiver of schizophrenic patient satisfaction assessment form, and a self-care after discharge assessment form with a reliability of .81. The implementation

and data collection were conducted from April to June 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the incidence rate of severe aggressive behavior of schizophrenic patients against themselves and others was zero. In 86.36% of schizophrenic patients, the level of suffering from auditory hallucination decreased. The number of schizophrenic patients re-admitted to the hospital within 28 days was zero. The satisfaction of healthcare personnel who used the CPGs was at a high level (100%). The satisfaction of schizophrenic patients was at a high level (100%). Additionally, the satisfaction of caregivers of schizophrenic patients was at a high level (77.27%) and a moderate level (22.73%).

This research suggests that psychiatric personnel should utilize the CPGs for the care of schizophrenic patients with auditory hallucination to reduce the incidence rate of severe aggressive behavior of schizophrenic patients against themselves and others.

Keywords: Schizophrenic patient, Auditory hallucination, Clinical practice guideline

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีความรุนแรงในระดับต่างๆ และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องในระยะยาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 22 ล้านคน (World Health Organization, 2022) โดยโรคนี้นับได้ว่าร้อยละ .50-1.00 ของประชากรทั่วไป (มันทนา กิตติพิรชล, ปัทมา ศิริเวช, นุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, และวีร์ เมฆวิไลย, 2560) และจากสถิติพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 49,658 คน จากผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด 327,520 คน คิดเป็นร้อยละ 15.16 (กรมสุขภาพจิต, 2565) โดยความชุกในผู้ป่วยที่มีอายุ 15-59 ปี เท่ากับ 8.80 คนต่อ 1,000 คน และสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.10 : 1.00 (อำพัน จารุทส์นางกูร, โสรยา ศุภโรจน์, และกฤตณัย แก้วยศ, 2562)

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะอารมณ์ การคิด พฤติกรรม และการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรัง (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) โดยมักมีอาการเจ็บป่วยนานติดต่อกันเกิน 6 เดือน บางรายมีอาการเป็นๆ หายๆ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง โอกาสหายขาดน้อย และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง โดยพบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 7.23 และภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.19 (สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559) ซึ่งกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท คือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ที่มักเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการดำเนินโรค ได้แก่ อาการหลงผิด การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ความคิดที่ผิดพลาดอย่างเห็นได้ชัด พฤติกรรมแปลกประหลาด และอาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งพบมากที่สุดถึงร้อยละ 60 (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561) ทั้งนี้ อาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอนที่มีการรับรู้

ทางการได้ยื่นผิดปกติโดยไม่มีสิ่งเฝ้ากระตุ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้ยินเสียงจากภายในตัวเอง จากบุคคลอื่น และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยอาการหูแว่วก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ความกลัว วิตกกังวล หงุดหงิด หรือเครียด ซึ่งสามารถนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) ทั้งนี้ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2565) มีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้และไม่กลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตาม หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง สามารถอยู่กับอาการหูแว่วได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อจากบุคลากรด้านสุขภาพจิต เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว (ภัทราภรณ์ พงษ์ปิ่นคำ, 2560)

แนวทางในการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการบำบัดรักษาพยาบาลทางจิตเวชและสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบำบัดทางร่างกาย คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า 2) การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy [CT]) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) ดนตรีบำบัด (music therapy) การทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy [IPT]) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) และการให้การปรึกษา (counseling) และ 3) การบำบัดทางสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งแวดล้อมบำบัด (milieu therapy) นอกจากนี้ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) และนำมาใช้โดยทีมสหวิชาชีพ ตามกรอบแนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) แนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 4) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 5) การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น จากนั้นจรรยาภรณ์ ปัญญา (2554) ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มาปรับใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทชาย และแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นไม่ได้มีการปรับปรุงมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ดังนั้น การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ทันสมัยและนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทหญิงในโรงพยาบาลสวนปรุงจึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลสวนปรุงพบประเด็นปัญหาความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและรุนแรงที่เกิดจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท คือ มีการทำร้ายผู้อื่น จำนวน 25 ราย ทำร้ายร่างกายตนเองได้รับบาดเจ็บ จำนวน 18 ราย พยายามทำร้ายตัวเองโดยการแขวนคอสำเร็จ จำนวน 1 ราย และมีเสียงแว่วไม่ให้รับประทานยา ให้เอายาไปทิ้ง จำนวน 50 ราย (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2562) ที่ผ่านมา ผู้ป่วยระยะอาการกำเริบจะได้รับการดูแลรักษาด้วยยาเป็นหลัก มีการส่งเวรในการดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องการรับประทานยาและการดูแลกิจวัตร

ประจำวัน เผื่อระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น การจำกัดพฤติกรรม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และหมั่นตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย เช่น การทำร้ายตนเอง และผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบจะได้รับการฟื้นฟู โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ตามหลัก D-METHOD ทั้งนี้ โรงพยาบาลสวนปรุง ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย จึงยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการประเมินอาการหูแว่วของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายความสามารถของพยาบาล เพราะผู้ป่วยมักปฏิเสธที่จะติดต่อพูดคุยด้วย จึงทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง บุคลากรเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุง จึงได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) มาปรับปรุงให้ทันสมัย โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบของ PICO ซึ่งพบว่า มีกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน มีลักษณะโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย มีการเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติที่ได้รับเหมือนกัน และมีการวัดผลลัพธ์ที่เหมือนกัน รวมทั้งพิจารณาตามหลักการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ ตามกรอบของ FAME (Joanna Briggs Institute, 2016) พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้นโดยศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (feasibility) มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาของหน่วยงาน เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง (appropriateness) หลังการทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 5 ราย

เจ้าหน้าที่ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจในระดับมาก (meaningfulness) และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยสามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วได้ (effectiveness) ดังนั้น แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วนี้อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการนำมาปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุงได้ โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติเดิมที่มีอยู่แล้วตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ที่ค้นพบ และยกร่างแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงก่อนนำไปใช้ ตามแนวทางของ GRADE Working Group และประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช 2 โรงพยาบาลสวนปรุง โดยหวังว่า หากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านกระบวนการของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

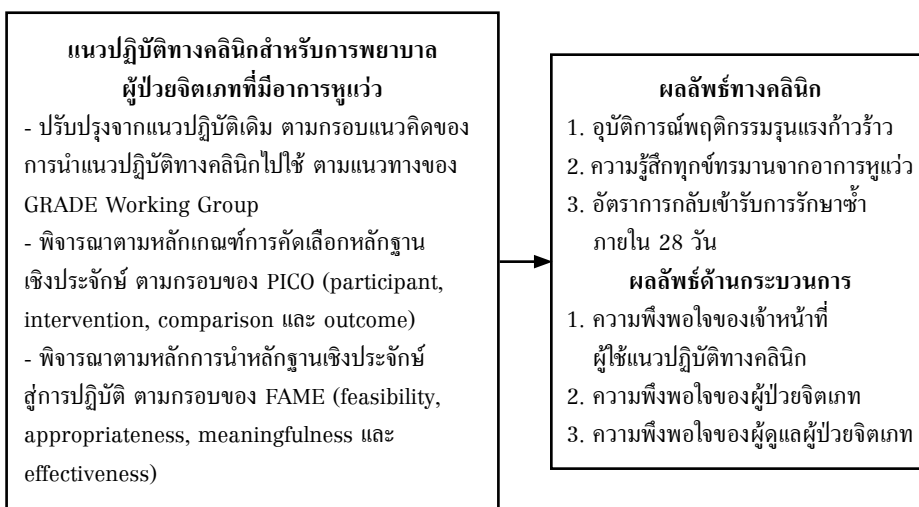
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่พัฒนาขึ้นโดยศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ และทำการประเมินประสิทธิผล โดยทำการปรับปรุงตามกรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติ

ทางคลินิกไปใช้ ตามแนวทางของ GRADE Working Group ซึ่งมีทั้งหมด 18 ขั้นตอน และมีกิจกรรมดังนี้

- 1) องค์กร งบประมาณ การวางแผน และการอบรม
- 2) การจัดลำดับความสำคัญ 3) สมาชิกกลุ่มแนวปฏิบัติ
- 4) การสร้างกระบวนการกลุ่มแนวปฏิบัติ 5) การระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการเลือกหัวข้อ
- 6) การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7) การพิจารณาความขัดแย้งของผลประโยชน์
- 8) การสร้างคำถามตามกรอบ PICO 9) การพิจารณาคุณค่าและความชอบ
- 10) การกำหนดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ และการสืบค้น 11) การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพิจารณาข้อมูลอื่นที่สำคัญ
- 12) การตัดสินคุณภาพ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ 13) การพัฒนาข้อเสนอแนะ และระบุความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ 14) การใช้คำใน

การเขียนข้อเสนอแนะ และการพิจารณาถึงการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความเสมอภาค 15) การรายงานแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 16)การเผยแพร่ และการนำไปใช้ 17)การประเมินผล และการใช้ และ 18) การปรับปรุงให้ทันสมัย (Schunemann et al., 2017) โดยผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เพิ่มเติม และยกร่างแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงก่อนนำไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หอผู้ป่วยจิตระ 2 โรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วยพยาบาล จำนวน 7 คน จิตแพทย์ เกษศกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด อย่างละ 1 คน รวมจำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วยจิตระ 2 โรงพยาบาลสวนปรุง ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (DSM-5) และได้รับการประเมินสถานะสุขภาพจิต (mental status examination [MSE]) พบว่ามีอาการหูแว่วร่วมด้วย 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมการวิจัย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำลังดำเนินการวิจัย 2) มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้ดูแลหลัก 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 4) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 5) การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เพิ่มเติมจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น CINAHL, EMBASE, Pub Med รวมถึงสืบค้นจากเว็บไซต์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยเพิ่มกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับกิจกรรมหลักในแนวปฏิบัติทางคลินิก มีดังนี้

1.1 การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว ทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว และการสังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำ 2) การติดตามผลการปฏิบัติตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) การติดตามอาการและการปฏิบัติตัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์

1.2 การปฏิบัติสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการหูแว่ว ทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว การสังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำ และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย 2) การช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบและปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะโรคขณะอยู่บ้าน และ 3) การพาผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 10 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ

เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง การทำงาน และประสบการณ์การทำงาน จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ให้การดูแลหลัก ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวน ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวัน-เวลาที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว และลักษณะพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว

ชุดที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่แปลโดยศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) มีลักษณะเป็นตัวเลข 0-10 เรียงจากทางซ้ายไปทางขวา โดยเลข 0 มีค่าเท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และเลข 10 มีค่าเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด

ชุดที่ 6 แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวันที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ชุดที่ 7 แบบวัดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยใช้แบบวัดของสุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์, ชัชณี มณีวรรณ, ธนัฐ วานิชพงศ์, จันทิมา กาบเย็น, และกนกวรรณ สังห์ (2546) มีลักษณะเป็นตัวเลข 1-10 เรียงจากทางซ้ายไปทางขวา โดยเลข 1-3 มีค่าเท่ากับ 10-30 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจน้อย เลข 4-6 มีค่าเท่ากับ 40-60 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และเลข 7-10 มีค่าเท่ากับ 70-100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจมาก

ชุดที่ 8 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยใช้แบบวัดของสุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์ และคณะ (2546) มีลักษณะเป็นตัวเลข 1-10 เรียงจากทางซ้ายไปทางขวา โดยเลข 1-3 มีค่าเท่ากับ 10-30 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจน้อย เลข 4-6 มีค่าเท่ากับ 40-60 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และเลข 7-10 มีค่าเท่ากับ 70-100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจมาก

ชุดที่ 9 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยใช้แบบวัดของสุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์ และคณะ (2546) มีลักษณะเป็นตัวเลข 1-10 เรียงจากทางซ้ายไปทางขวา โดยเลข 1-3 มีค่าเท่ากับ 10-30 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจน้อย เลข 4-6 มีค่าเท่ากับ 40-60 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และเลข 7-10 มีค่าเท่ากับ 70-100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง พึงพอใจมาก

ชุดที่ 10 แบบประเมินการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของศิริรัตน์ นิตยวัน (2553) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าทำหรือไม่ทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าทำ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ทำ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการดูแลตนเองไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการดูแลตนเองดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ปรับปรุงแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสม และความครอบคลุมด้านเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE-II) (The AGREE Collaboration, 2013) ได้คะแนนคุณภาพของ แนวปฏิบัติทางคลินิกในแต่ละหมวดสูงกว่า 60% ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ยอมรับได้ ดำเนินการแก้ไขตาม คำแนะนำ และนำแบบประเมินการดูแลตนเองภายหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จิตเภทหญิงที่มีอาการหูแว่ว หอผู้ป่วยอารี 2 โรงพยาบาล สวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ป่วย จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 030/2019 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 21/2562 วันที่ 8 พฤษภาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่ม ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการ ถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการ

พยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตระ 2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการ วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก (จำนวน 12 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ จากนั้นอธิบายหน้าที่ความรับผิดชอบ และระยะเวลาดำเนินการ ชี้แจงความสำคัญของปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เกี่ยวกับอุบัติเหตุที่ เกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ผ่านมา การเกิดอาการกำเริบ และการกลับมารักษารักษาใน โรงพยาบาล แล้วให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3. ผู้วิจัยจัดพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ ปรับปรุงแล้ว ประกาศใช้ และทำหนังสือแจ้งเจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้รับทราบ จากนั้นอธิบาย ขั้นตอนการปฏิบัติ ให้การปรึกษา และให้ข้อแนะนำ ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท หญิงที่มีอาการหูแว่ว และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่มี อาการหูแว่ว แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้น อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติทางคลินิก และระยะ เวลาดำเนินการ แล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ดูแลตอบแบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตระ 2 โรงพยาบาล สวนปรุง ประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ของผู้ป่วย ก่อนได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้ แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว จากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดำเนินการ ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย เป็นระยะเวลา 1 เดือน คือ ในช่วงเดือนเมษายนถึง เดือนพฤษภาคม 2565 ที่หอผู้ป่วยจิตระ 2 โรงพยาบาล สวนปรุง โดยผู้วิจัยมีการกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติ

ทางคลินิก และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินกระบวนการปฏิบัติทางคลินิกจากการสอบถามและการสังเกตการปฏิบัติ หากพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือเกิดปัญหา อุปสรรคใดๆ ผู้วิจัยทำการชี้แจงและเสนอแนะแนวทางให้ทราบและเข้าใจ ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหามาจากผลการประชุมในแต่ละครั้ง โดยติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ ในระหว่างการใช้นโยบายทางคลินิก พยาบาลประเมินพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย และบันทึกในแบบบันทึกอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว เมื่อถึงวันจำหน่าย พยาบาลประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วย หลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แล้วมอบแฟ้ม ปากกา กระเป๋าคาดูแล และแบบประเมินการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมซองติดสแตมป์แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตอบแบบวัดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

6. หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ พยาบาลโทรศัพท์ถึงผู้ดูแล เพื่อติดตามผลการปฏิบัติตัวและการเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้ป่วย แจ้งผู้ดูแลให้ตอบแบบประเมินการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 เดือน แนะนำผู้ดูแลให้พาผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงและดูแลไม่ไหว และให้พาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด โดยนำแบบประเมินการดูแลตนเองมาส่งด้วย (กรณีไม่ได้มาตรวจโรงพยาบาลสวนปรุง ให้ส่งแบบประเมินมาทางไปรษณีย์) ส่วนพยาบาลทำการติดตามการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของประสิทธิผลของการใช้นโยบายทางคลินิก ได้แก่ อุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ด้านกระบวนการของประสิทธิผลของการใช้นโยบายทางคลินิก ได้แก่ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ($n = 12$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุดำสุด-สูงสุด คือ 32-56 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 43.33 ปี ($SD = 8.57$) ตำแหน่งการทำงาน คือ เป็นพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33 และมีประสบการณ์การทำงานต่ำสุด-สูงสุด คือ 10-34 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 20.58 ปี ($SD = 8.99$)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ($n = 22$) มีอายุดำสุด-สูงสุด คือ 20-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 41 ปี ($SD = 11.25$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.46 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91

ผู้ให้การดูแลหลัก คือ บิดามารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ครั้งแรก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 22$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 21-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 12.13$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.82 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.54 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 และมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันอยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 77.27

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 0 หลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วเท่าเดิม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 0

5. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งหมดมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.27 และมีความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (ร้อยละ 0) หลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง (ร้อยละ 86.36) และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับร้อยละ 0 ซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น และช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อาจทำให้ผู้ดูแลมีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และอาจมีผลต่อความถี่ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์ด้านกระบวนการของประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งหมดมีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 100) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 77.27) จะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ทั้งสองด้านเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งสะท้อนว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ครอบคลุมอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยมีการกำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินงาน ประชุมชี้แจงความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในทีมบุคลากร และหาแนวทางแก้ไขโดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาบูรณาการร่วมกับความชำนาญทางคลินิก

ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง และนำมาใช้ทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ สามารถลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหิวแหว่งรุนแรง และสามารถจัดการหรือลดอาการหิวแหว่งของตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหิวแหว่งลดลง และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อันเป็นการช่วยลดภาระงานของหน่วยบริการ สนับสนุนผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูที่มีความยั่งยืนมากขึ้น และตอบสนองนโยบายการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่งไปใช้นั้นพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเข้าใจ และนำไปใช้ได้ง่ายและสะดวก ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการจัดพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิก และอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติให้การปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และพบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจต่ออาการของผู้ป่วยและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งการที่จะทำให้การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้นั้นทางหน่วยงานและบุคลากรต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ กล่าวคือ ในขั้นเตรียมการ ต้องมีการแจ้งวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ชี้แจงขั้นตอนกระบวนการหน้าที่ความรับผิดชอบ ชี้แจงความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วย สร้างความตระหนักในสำคัญของปัญหา อธิบายวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างละเอียด หากเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่สามารถมาร่วมประชุมได้ ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดให้ทราบเป็นรายบุคคล โดยใช้สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการสอน (educating) และการประสานความร่วมมือ (collaboration) โดยเน้นการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเรียนรู้ร่วมกัน

ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดทัศนคติที่ดี เกิดการยอมรับและเห็นความสำคัญ ซึ่งจากการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า กิจกรรมในแนวปฏิบัติทางคลินิกบางกิจกรรมมีการปฏิบัติเป็นงานประจำอยู่แล้ว แต่รายละเอียดของกิจกรรมและข้อปฏิบัติมีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น ทำให้รู้สึกมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจงรักษ์ ปัญญา (2554) และการศึกษาของณัฐภา ราชบุตร และสุริยา ราชบุตร (2561) ที่พบว่า การมีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่ง จะทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการเรียนรู้และมีความมั่นใจในการให้การดูแล ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติจากแบบเดิมเป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีส่วนช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ความร่วมมือของหน่วยงานที่พร้อมเรียนรู้การทำงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากภายในหน่วยงานมีความตื่นตัวและมีความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงทำให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ การจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ อย่างครบถ้วนและเป็นระบบ มีการเตือนโดยติดสติ๊กเกอร์ไว้ที่ด้านหน้าแฟ้มผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและกระตุ้นให้ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ที่ตึกจระ 2 โรงพยาบาลสวนปรุง โดยผู้วิจัยมีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกถึงปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นการตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้กระตุ้นและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้สมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยง (mentoring) และการให้การปรึกษา (consultation) แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มย่อย ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ พบว่ายังไม่สามารถทำการสอนเทคนิคการจัดการอาการหูแหว่แก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากทางหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการฟื้นฟูทุกวัน ผู้วิจัยจึงประชุมร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้ข้อสรุปว่าควรนำเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการอาการหูแหว่มาสอดแทรกเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ ซึ่งสามารถทำได้ง่าย สะดวก และประหยัดเวลา นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดอีกประการ คือ กิจกรรมครบถ้วนทำได้เพียง 5 รอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องทำงานทุกวัน ผู้วิจัยจึงมอบหมายให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 2 ที่พบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นผู้ทำกิจกรรมครบถ้วนแบบสั้นๆ แทนนักจิตวิทยา นอกจากนี้การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่นี้ มีจุดแข็งที่เป็นส่วนช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูที่อาจเกิดขึ้น คือ การประเมินอาการหูแหว่ที่มีแบบแผนและครอบคลุม ทำให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพจิตควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ในหอผู้ป่วยใน เพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และลดความรู้สึกลบๆ ทรมานจากอาการหูแหว่ของผู้ป่วยจิตเวช

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างน้อยทุก 2 ปี

และควรมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก <http://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- จงรักษ์ ปัญญาญ. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแหว่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐภา ราชบุตร, และสุริยา ราชบุตร. (2561). การบำบัดด้วยแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท: การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 163–177.
- ชนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3), 221–232.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท, และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50–62.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ*. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภท*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มันทนา กิตติขล, ปัทมา ศิริเวช, นุรินทร์ สุวรรณสัมฤทธิ์, และวีร์ เมฆวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิกิพีเดียอิมเมจ.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2562). สถิติ รายงานอุบัติการณ์ กลุ่มโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 1–15.
- สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, ชัยนิ มณีวรรณ, ธนัฐ วานิชะพงศ์, จันทิมา กาบเย็น, และกนกวรรณ สังห์. (2546). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (รายงานผลการวิจัย)*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- อำพัน จารุทสนางกูร, ไสรยา สุกโรจน์, และกฤตนิย แก้วยศ. (2562). การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 105–121.
- Joanna Briggs Institute. (2016). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2016 Edition*. Adelaide: Author.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp30.pdf
- National Health and Medical Research Council. (2016). *RFT for new NHMRC health evidence advice and methods panel*. Retrieved from <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/information-guideline-developers>
- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandía-Ikabalzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., ... Akl, E. A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of Clinical Epidemiology*, 81, 101–110. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.09.009
- The AGREE Collaboration. (2013). *Appraisal of guidelines for research & evaluation II*. Retrieved from https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

**ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดจันทบุรี**
**The Effect of a Health Belief Model Program on
Electronic Cigarette Smoking Prevention Behaviors
among Junior High School Students, Chanthaburi Province**

เสาวภา เล็กวงษ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Saowapa Lekwong, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

อรพินท์ สุทธิสหัส, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ² รุ่งอรุณ ศีกสงคราม, พย.บ. ³

Orapin Sutthisahat, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ² Rungarun Sueksongkram, B.N.S. ³

Received: September 13, 2025 Revised: December 8, 2025 Accepted: December 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาในโรงเรียนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่น .95 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{2,3} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2,3} Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่แตกต่างจากระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และแตกต่างจากระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงเรียนควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปปรับใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นการสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a health belief model program on electronic cigarette smoking prevention behaviors among junior high school students. The participants included 60 junior high school students who were studying in schools under the local administrative organization in Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a comparison group ($n = 30$). The research instruments consisted of a health belief model program on electronic cigarette smoking prevention behaviors, a general data questionnaire, a knowledge regarding electronic cigarette test with a reliability of .71, an attitude towards electronic cigarette questionnaire with a reliability of .75, and an electronic cigarette smoking prevention behaviors questionnaire with a reliability of .95. The implementation and data collection were conducted from August 2024 to March 2025. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, and two-way repeated measures ANOVA.

The research results revealed that 1) in the after-experiment and the follow-up periods, the experimental group showed no different mean scores of knowledge regarding electronic cigarette and attitude towards electronic cigarette from the comparison group and from the before-experiment period; and 2) in the after-experiment and the follow-up periods, the experimental group presented statistically significantly different mean score of electronic cigarette smoking prevention behaviors from the comparison group ($p < .001$)

and from the before-experiment period ($p < .05$).

This research suggests that school executives should utilize this health belief model program as a health promotion activity among junior high school students, with a particular focus on fostering sustained electronic cigarette smoking prevention behaviors.

Keywords: Program, Health Belief Model, Electronic cigarette smoking prevention behaviors, Junior high school students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในและต่างประเทศ บุหรี่ไฟฟ้าจัดเป็นสิ่งที่เสพติดที่ส่งผลอันตรายต่อสุขภาพทั้งของผู้สูบและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ จากรายงานระบุว่าในแต่ละปี บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคน โดยผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนเป็นผลมาจากการใช้ยาสูบโดยตรง และประมาณ 1.30 ล้านคน เป็นผลมาจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (World Health Organization, 2023) ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อปอด หัวใจ หลอดเลือด และสมอง โดยจะทำให้ตายสมองตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์จนถึงอายุ 25 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2565) นอกจากนี้ บุหรี่ไฟฟ้ายังมีสารอื่นๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสารปรุงแต่งรส เช่น ไดอะเซทิล สารเคมีที่เชื่อมโยงกับโรคปอดร้ายแรง สารอินทรีย์ระเหยง่าย สารเคมีก่อมะเร็ง และโลหะหนัก เช่น นิกเกิล ดีบุก ตะกั่ว (Centers for Disease Control and Prevention, 2023)

ในปัจจุบัน บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความสนใจและความนิยมนอย่างมากทั้งจากผู้สูบบุหรี่อยู่เดิมและผู้ที่ยังไม่ได้สูบบุหรี่ ทำให้มีการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15–24 ปี มีสัดส่วนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดของประชากรทุกกลุ่มอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) และจากงานวิจัยพบว่า อายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 13.30 ปี (ไพฑูรย์ วุฒิสโส, ภัทรวรินทร์ ภัทศิริสมบุรณ์, และบวรวิช รอดรัมย์, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Glantz, Jeffers, and Winickoff (2022) ที่พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในรัฐต่างๆ ของสหรัฐอเมริกา มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกในช่วงอายุที่ลดลง และมีความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้น โดยปกติจะสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2–9 ครั้งต่อเดือน และเพิ่มเป็นสูบบ่อยกว่า 10 ครั้งต่อเดือน นอกจากนี้ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2562–2563 พบว่า วัยรุ่นอายุ 10–19 ปี เคยมีประสบการณ์การลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 5.30 และสูบบ่อยเป็นประจำ ร้อยละ 2.90 (สมพงษ์ จิตระดับ, 2565) อีกทั้งยังพบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนไทยอายุ 13–15 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.30 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 8.10 ในปี พ.ศ. 2564 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเผยแพร่ผลการสำรวจโดยเจาะลึกในรายละเอียดสุขภาพว่า จังหวัดจันทบุรีเป็นหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 8.30 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในหลายประเด็นที่ชี้ให้เห็นว่ามีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นหรือเยาวชนสูง ซึ่งเป็นกลุ่มช่วงอายุที่กำลังศึกษาอยู่ใน

สถานศึกษา โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มสูบบุหรี่ คือ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบ การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน และการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พรนภา หอมสินธุ์, และชวดี ลีลคณาวิระ, 2565) ประกอบกับมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าว่าไม่มีนิโคติน กลิ่นไม่เหม็น และสามารถทดแทนการสูบบุหรี่ธรรมดาได้ (ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมนทะระ, และปิยชาติ บุญเพ็ญ, 2562) นอกจากนี้ยังมีการจัดโปรแกรมสำหรับเยาวชนที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาเพื่อช่วยในด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ปริญา ดาระสุวรรณ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ, 2563; อรณิชา ชำนาญศิลป์ และเอมอัชมา วัฒนบุรณานท์, 2565) ซึ่งส่งผลให้ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น และพบว่า โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ช่วยให้ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น (ศิริพร พูลรักษ์, 2565)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) และปัจจัยร่วมอื่นๆ (modifying factors) (Becker & Maiman, 1975) โดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีระดับบุคคลที่จะต้อง

มีการปรับเปลี่ยนจากปัจจัยภายในของบุคคลด้วย คือ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ ความเชื่อ อุดมโนทัศน์ พัฒนาการของมนุษย์ และประสบการณ์ในอดีต ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2563)

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างกว้างขวาง พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสอง มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองในวัยรุ่น (ชาลินี กิจชัยเจริญพร และสมคิด ปราบภัย, 2564) และมีการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับทฤษฎีและแบบแผนอื่นในการสร้างนวัตกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเด็กและวัยรุ่น (ณัฐชา พลาชีวะ และปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2562) โดยมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ (การรับรู้ถึงภัยคุกคามด้านสุขภาพ) การรับรู้เชิงพฤติกรรม (ประโยชน์และอุปสรรคที่รับรู้) ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้ยาสูบในคนกลุ่ม LGBTQ ซึ่งควรเน้นการจัดการกับประโยชน์ที่รับรู้และอุปสรรคของการใช้ยาสูบ (Li, Yang, & Chen, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น เพราะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น (ชุดิมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และพรศิริ พันธสี, 2561) อีกทั้งการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยที่มีคะแนนแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า (Alsulaiman & Rentner, 2021) จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันที่มากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เยาวชนมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่เข้าสู่วัยรุ่นและมีแนวโน้มที่จะเริ่มสูบเร็วขึ้น ซึ่งการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ทั้งของตัวผู้สูบเองและผู้ที่อยู่รอบข้าง ส่งผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว และเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ดังนั้นการส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมให้เยาวชนเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน ซึ่งจะสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการที่มีนโยบายโรงเรียนเขตปลอดบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อป้องกันการเข้าสู่วงจรนักสูบบุหรี่ใหม่ เยาวชนปลอดภัยจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และสามารถศึกษาหาความรู้ได้อย่างเต็มที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม

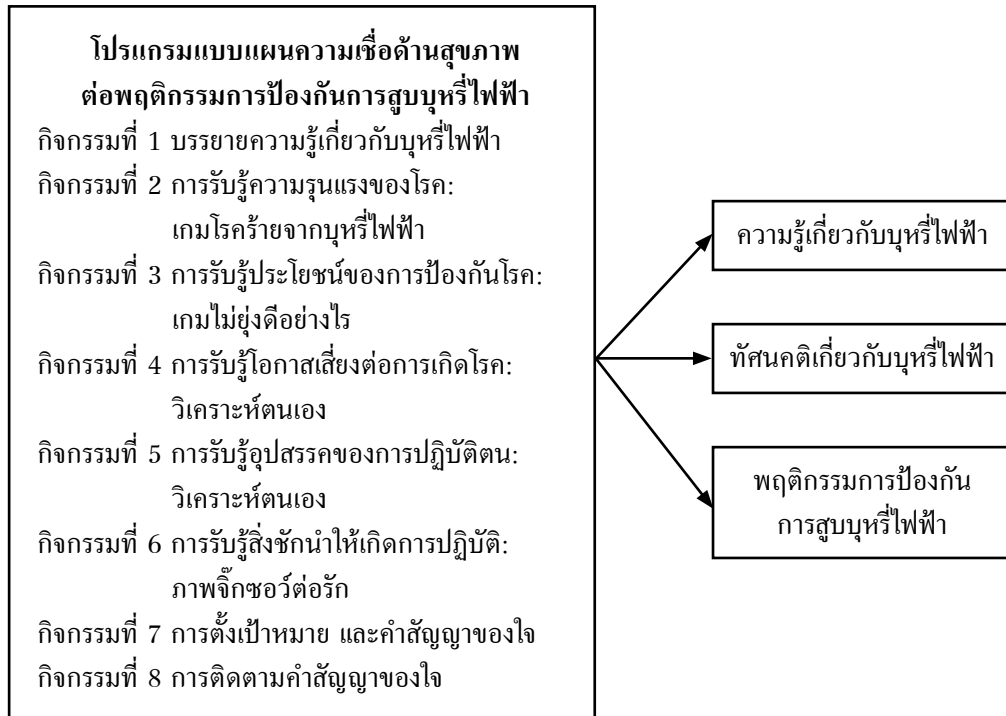
สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แตกต่างจากระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Becker & Maiman, 1975) นำมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้ให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามัทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ดี ซึ่งจะช่วยลดการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ และลดการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาในโรงเรียนในสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 12–15 ปี เชื้อชาติไทย 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาด

ตัวอย่างโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (VanVoorhis & Morgan, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) รวมจำนวน 60 คน เลือกโรงเรียนที่มีแผนการศึกษา ลักษณะ และบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 2 แห่ง โดยโรงเรียนให้ความยินยอมในการจัดกิจกรรมให้นักเรียน แล้วกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก จากนั้นเลือกห้องเรียนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม

การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker and Maiman (1975) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 บรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยพบนักเรียน กล่าว ทักทาย และบรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าประกอบ สื่อมัลติมีเดีย พร้อมแจกคู่มือรู้เท่าทันภัยร้ายบุหรี่ ไฟฟ้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค: เกมโรคภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า ใช้เวลา 25 นาที โดยผู้วิจัย ให้นักเรียนชมคลิปวิดีโอการทดลองผลของควันบุหรี่ และคลิปวิดีโอเกี่ยวกับข่าวผู้ป่วยจริงจากการสูบบุหรี่ ไฟฟ้า จากนั้นให้เล่นเกมออนไลน์ Kahoo โรคภัยจาก บุหรี่ไฟฟ้า

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันโรค: เกมไม่ยุ่งคืออะไร ใช้เวลา 15 นาที โดย ผู้วิจัยบรรยายประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และ ให้นักเรียนเล่นเกมบิงโกไม่ยุ่งคืออะไร

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค: วิเคราะห์ตนเอง ใช้เวลา 15 นาที โดยผู้วิจัย ให้นักเรียนวิเคราะห์ตนเองถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคจากบุหรี่ไฟฟ้า และอภิปรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติตน: วิเคราะห์ตนเอง ใช้เวลา 15 นาที โดยผู้วิจัย ให้นักเรียนวิเคราะห์ตนเองถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ตนเพื่อไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และอภิปรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 6 การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติ: ภาพจิ๊กซอว์ต่อรัก ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัย ให้นักเรียนวิเคราะห์ตนเองถึงสิ่งชักนำให้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และอภิปรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 7 การตั้งเป้าหมาย และคำสัญญา ของใจ ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยให้นักเรียนตั้งเป้าหมาย เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

กิจกรรมที่ 8 การติดตามคำสัญญาของใจ

ใช้เวลา 50 นาที โดยผู้วิจัยให้นักเรียนอภิปรายร่วมกัน ถึงความมั่นคงของเป้าหมายเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่ตั้งไว้ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของการไม่สูบบุหรี่ ไฟฟ้า โดยอธิบายและเน้นย้ำถึงผลดีของการไม่สูบบุหรี่ ไฟฟ้า จากนั้นให้ชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการป้องกันการ สูบบุหรี่ไฟฟ้า และชักชวนให้นักเรียนปฏิบัติตามพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ประสบการณ์การสูบบุหรี่ ไฟฟ้า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า สาเหตุที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อ คำถามที่เป็นจริง จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ว่าถูกต้อง ไม่ถูกต้อง หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้ คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนน ในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และ เห็นด้วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะ ตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออก

เป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (1–24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25–48 คะแนน) และในระดับสูง (49–72 คะแนน) ทั้งนี้ ทัศนคติในระดับต่ำ หมายถึง รับรู้ว่าการไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่ดีในระดับต่ำ และทัศนคติในระดับสูง หมายถึง รับรู้ว่าการไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่ดีในระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกำกับการป้องกัน การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 13 ข้อ มี ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การ แปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรม ในระดับต่ำ (1–17 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18–34 คะแนน) และในระดับสูง (35–52 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมกำกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คู่มือรู้เท่าทัน ภัยร้ายบุหรี่ไฟฟ้า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบ สอบถามพฤติกรรมกำกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านจิตเวชและยาเสพติด นักวิชาการสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และครูโรงเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นว่าการกิจกรรมที่ 8 การติดตามคำสัญญาของใจ ควรเน้นย้ำในเรื่องความ รุนแรงและผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า ได้ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบทดสอบความรู้ฯ แบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ เท่ากับ .90, .83 และ .83 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไข ตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้ฯ แบบ สอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษา ในโรงเรียนที่มีแผนการศึกษา ลักษณะ และบริบท ใกล้เคียงกับโรงเรียนที่ศึกษา ในอำเภอเมืองจันทบุรี

จำนวน 1 แห่ง โดยนักเรียนมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบทดสอบความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 และหาค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถาม พฤติกรรมฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .75 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 006/67 วันที่ 3 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการ ทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วง เวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่โรงเรียนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบ สอบถามพฤติกรรมกำกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที
3. ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่ม

ทดลองที่โรงเรียน ให้ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 บรรยายความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค: เกมโรคร้ายจากบุหรี่ไฟฟ้า และกิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการกำบังกำบังโรค: เกมไม่ยุ่งคืออย่างไร ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค: วิเคราะห์ตนเอง กิจกรรมที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน: วิเคราะห์ตนเอง กิจกรรมที่ 6 การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ: ภาพจิกร์ต่อรัก และกิจกรรมที่ 7 การตั้งเป้าหมาย และคำสัญญาของใจ และครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 8 การติดตามคำสัญญาของใจ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากครูในโรงเรียน

4. หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่โรงเรียนแต่ละแห่งให้ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

5. หลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่โรงเรียนแต่ละแห่งให้ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะติดตาม (follow-up) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ข้อมูล

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และข้อมูลพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมกำบังกำบังการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 12-14 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 12.97 ปี (*SD* = .49) ส่วนใหญ่มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 66.70 โดยเป็นเพื่อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 50 เคยสูบแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 40 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 10 โดยอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ 6 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ อยากรู้ อยากลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.30 และส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ คิดเป็นร้อยละ 63.30 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 12-14 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 12.83 ปี (*SD* = .59) มีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยเป็นเพื่อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 66.70 เคยสูบแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 26.60 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 6.70 โดยอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า

คือ 10 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ คลายความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.30 และส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ คิดเป็นร้อยละ 80

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 6.97 ($SD = .37$) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เท่ากับ 7.50 ($SD = .38$) และระยะติดตาม เท่ากับ 7.93 ($SD = .30$) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 54.80 ($SD = .79$) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เท่ากับ 61.20 ($SD = 1.17$) และระยะติดตาม เท่ากับ 63.97 ($SD = .94$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.40 ($SD = 1.43$) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เท่ากับ 39.30 ($SD = 1.52$) และระยะติดตาม เท่ากับ 40.80 ($SD = 1.73$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 7.43 ($SD = .36$) ระยะหลังสิ้นสุด

โปรแกรม เท่ากับ 7 ($SD = .38$) และระยะติดตาม เท่ากับ 7.20 ($SD = .28$) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 56.97 ($SD = .79$) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เท่ากับ 62.20 ($SD = 1.59$) และระยะติดตาม เท่ากับ 61.67 ($SD = 1.17$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 43.57 ($SD = 1.90$) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เท่ากับ 45.60 ($SD = 1.52$) และระยะติดตาม เท่ากับ 45.60 ($SD = 1.60$)

3. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.850$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	6.97	.37	7.43	.36	.930	.360
ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	54.80	.79	56.97	.79	1.940	.060
พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	34.40	1.43	43.57	1.90	3.850	< .001

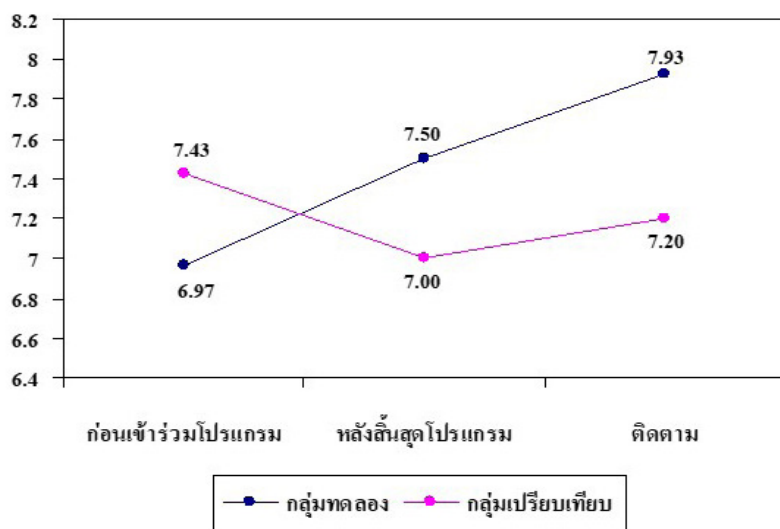
4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 26.297, p < .001$) แต่ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .943, p > .05$ และ $F = .048, p > .05$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งสองกลุ่มในช่วงระยะเวลาของการทดลองที่เปลี่ยนแปลงไป

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.819, p < .05$) แต่ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .668, p > .05$ และ $F = .714, p > .05$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์อิทธิพลร่วม (interaction effect) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า วิธีการทดลองส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.711, p > .05$; $F = 1.280, p > .05$ และ $F = .929, p > .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในแต่ละช่วงเวลามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 60)

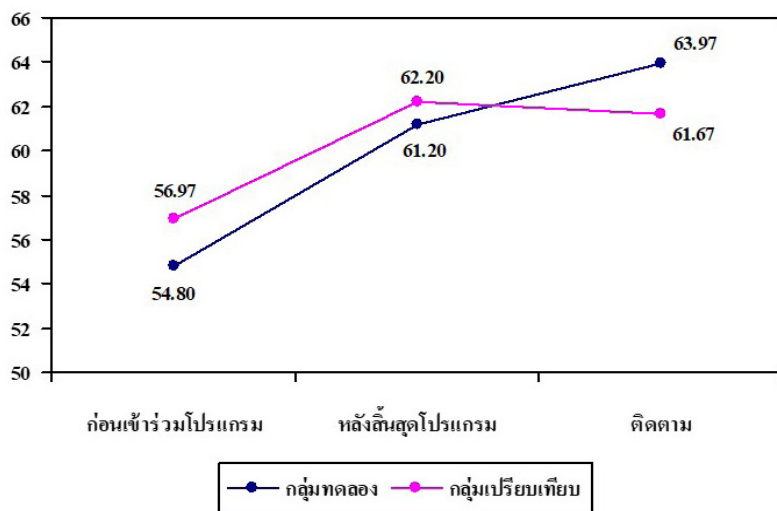
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	2.93	1.00	2.93	.943	.335
ความคลาดเคลื่อน	180.72	58.00	3.11		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	4.74	2.00	2.37	.668	.515
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	12.14	2.00	6.07	1.711	.185
ความคลาดเคลื่อน	411.77	116.00	3.55		
ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	2.22	1.00	2.22	.048	.827
ความคลาดเคลื่อน	2,670.02	58.00	46.03		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	54.74	2.00	27.37	.714	.492
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	98.14	2.00	49.07	1.280	.282
ความคลาดเคลื่อน	4,447.77	116.00	38.34		
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	2,053.68	1.00	2,053.68	26.297	< .001
ความคลาดเคลื่อน	4,529.62	58.00	78.09		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	607.21	1.81	334.49	3.819	.029
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	147.67	1.81	81.35	.929	.390
ความคลาดเคลื่อน	9,222.44	105.28	87.59		

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้า

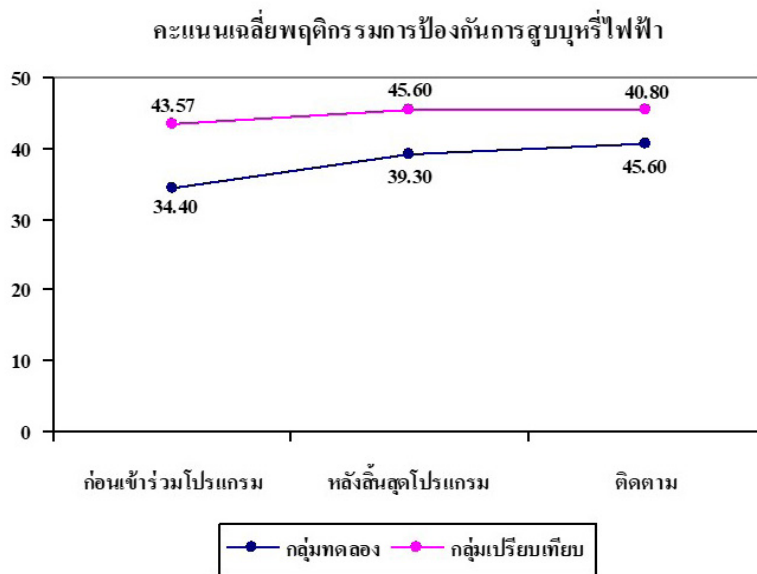


แผนภูมิที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
ต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้า



แผนภูมิที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
ต่อคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



แผนภูมิที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
ต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่านักเรียนในกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker and Maiman (1975) ซึ่งโปรแกรมมีรูปแบบการเรียนรู้ผ่านหลักฐานเชิงประจักษ์และสถานการณ์จริง เน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียน มีการคิดวิเคราะห์ตนเองผ่านการทำกิจกรรม การเสริมสร้างกำลังใจและทบทวนเป้าหมายในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกัน นักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ตามหลักสูตรจากทางโรงเรียนหรือช่องทางอื่น เช่น ข่าวทางโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่นกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งการที่คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันนั้น อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของโปรแกรมในด้านการสื่อสารข้อมูลหรือการสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้งแก่นักเรียน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยของ Oo et al. (2025) ที่ระบุว่า การปรับปรุงโปรแกรมให้มีการติดตามในระยะเวลาที่ยาวขึ้นและการใช้สื่อการสอนเพิ่มเติม สามารถช่วยเพิ่มความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้นอย่างยิ่ง

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าแตกต่างกันตั้งแต่ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จึงมีข้อจำกัดในการอภิปรายผลการวิจัย การที่ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าแตกต่างกันตั้งแต่ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนั้น อาจสืบเนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ระบุเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนเพียงพอ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าสูงขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตาม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยไม่เพิ่มขึ้นในระยะติดตาม สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ที่มีแนวคิดว่าการเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของสิ่งนั้น มีประสิทธิภาพสูงในการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และสิริลักษณ์ ช่อสัตย์ (2563) ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้สับนุหรีในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเฉพาะเมื่อนักเรียนมีความเชื่อในความรุนแรงของผลกระทบและประโยชน์ของการไม่สับนุหรี

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้า และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้า ไม่แตกต่างจากระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้า จะมีรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ และสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการ

สับนุหรีไฟฟ้า และเน้นการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยายเชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีส่วนทำให้นักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้าเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้า แต่ยังไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากนักเรียนมีระดับความรู้พื้นฐานและทัศนคติเกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้าในระดับค่อนข้างสูงตั้งแต่ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการออกแบบโปรแกรมอาจยังไม่เข้มข้นมากพอที่จะสามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้าให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammed, Ibraheim, and Abdel-Mordy (2023) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้บนพื้นฐานทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, พชรินทร์ อัจฉนาทิตติ, และรัชชา รัตนธาวรร (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้าและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสับนุหรีไฟฟ้าเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้าสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่นักเรียนในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้า ทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และสถานการณ์จริง เช่น ข่าวผู้ป่วยจากการสับนุหรีไฟฟ้า ในสังคมปัจจุบัน ข้อเท็จจริง ค่าเตือนจากผู้ป่วยในวัยเดียวกัน ก่อให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการสับนุหรีไฟฟ้า และได้รับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการไม่สับนุหรีไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ในกิจกรรมที่ 8 การติดตามคำสัญญาของใจ

ที่มีการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ทำให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการแสดงออกถึงพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hamad and Faraj (2024) ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศอิรัก โดยนักศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงและการรับความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแสดงพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญขจรศรี รัชย์ชิตินากุล และชไมพร จันจุ้ย (2568) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ที่เป็นส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงความสำคัญของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้มากขึ้น โดยเรียนรู้ได้ดีจากประสบการณ์ตรงและกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง ที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องในกิจกรรมและการกระตุ้นเตือน ทั้งยังให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางความคิด การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางอารมณ์ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมควรเน้นแนวทางเชิงรุก (active learning) การใช้สื่อดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์ การบูรณาการทักษะชีวิตเข้ากับเนื้อหา และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่มีความหมายและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผู้บริหารโรงเรียนควรนำโปรแกรมแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปปรับใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นการสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย การจำลองสถานการณ์ หรือการใช้สื่อสร้างแรงจูงใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยปรับปรุงเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างชัดเจน อีกทั้งจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, และสิริลักษณ์ ชื้อสัตย์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 18–36.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *สสส.สำรวจพฤติกรรมเยาวชนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า เหตุเพื่อนชวนถึง 92.2%*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27921>
- กิตติพงษ์ เรือนเพชร, พรนภา หอมสินธุ์, และยุวดี ลีลักษณ์วระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 531–539.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). *ทฤษฎี เทคนิค การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชาลินี กิจชัยเจริญพร, และสมคิด ปราบภัย. (2564). ประสิทธิภาพการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากควันบุหรี่มือสองในวัยรุ่น. *วารสารสุขภาพ พลศึกษา และสันทนาการ*, 47(2), 183–196.
- ชุดิมา สร้อยนาค, จิรายวัตร คมพยัคฆ์, และพรศิริ พันธสี. (2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 267–277.
- ณัฐชา พลาชีวะ, และปรโมทย์ ถ่างกระโทก. (2562). เทคโนโลยีดิจิทัล: นวัตกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเด็กและวัยรุ่น ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 15–25.
- บุญชรส์ ธีรย์ธิตินากุล, และชไมพร จันจุ้ย. (2568). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(1), 421–429.
- ปริญญา ดาระสุวรรณ, และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2563). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักเรียนหญิงระดับชั้นประถมศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 74–83.
- ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมนทะระ, และปิยชาติ บุญเพ็ญ. (2562). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(22), 111–127.
- ไพฑูรย์ วุฒิส, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์, และบวรวิช รอดรังษี. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 71(1), 1–9.
- ศิริพร พูลรักษ์. (2565). ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(1), 20–38.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2565). นักวิชาการชี้ “บุหรี่ไฟฟ้า” ไม่ได้เป็นปัจจัยทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงและไม่ช่วยเลิกบุหรี่มวน. สืบค้นจาก <https://www.trc.or.th/th/ข่าวสาร/ข่าวเผยแพร่/press-release-สจย/695-นักวิชาการชี้-“บุหรี่ไฟฟ้า”-ไม่ได้เป็นปัจจัยทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงและไม่ช่วยเลิกบุหรี่มวน.html>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *รายงานสุขภาพคนไทย เรื่อง บุหรี่ไฟฟ้า*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/e-book/รายงานสุขภาพคนไทย-ปี-2565/>
- สมพงษ์ จิตระดับ. (2565). *ความจริง! บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน? ความเชื่อของเด็กไทยที่อันตราย*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2022/11/26317>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *บุหรี่ไฟฟ้า: ตัวเล็กรหรือตัวร้ายของสายควัน*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/L1P03>

- อรณิชา ชำนาญศิลป์, และเอมอัชมา วัฒนบูรานนท์. (2565). ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมสุขภาพตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(1), 88–100.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, พัชรินทร์ อัจฉนาทิตติ, และรัชชา รัตนถาวร. (2566). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 269–278.
- Alsulaiman, S. A., & Rentner, T. L. (2021). The use of the Health Belief Model to assess U.S. college students' perceptions of COVID-19 and adherence to preventive measures. *Journal of Public Health Research*, 10(4), 2273. doi:10.4081/jphr.2021.2273
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10–24. doi:10.1097/00005650-197501000-00002
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Facts on the risks of e-cigarettes for kids, teens, and young adults*. Retrieved from https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html
- Glantz, S., Jeffers, A., & Winickoff, J. P. (2022). Nicotine addiction and intensity of e-cigarette use by adolescents in the US, 2014 to 2021. *JAMA Network Open*, 5(11), e2240671. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.40671
- Hamad, Z. J., & Faraj, R. K. (2024). Efficacy of Health Belief Model on collegians health beliefs related to electronic cigarette; An Intervention Study. *South Eastern European Journal of Public Health*, 81–89. doi:10.70135/seejph.vi.1046
- Li, Y., Yang, B., & Chen, B. (2021). LGB tobacco control: Do Health Belief Model constructs predict tobacco use intentions differently between LGB and heterosexual individuals? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7008. doi:10.3390/ijerph18137008
- Mohammed, W. A., Ibraheim, S. G. E., & Abdel-Mordy, M. A. (2023). Educational guidelines based on Health Belief Model regarding cigarette smoking cessation among secondary schools male students. *Egyptian Journal of Nursing & Health Sciences*, 4(2), 85–104. Retrieved from https://ejnhs.journals.ekb.eg/article_327642_a05fbc0ef8c574f871b4d7ba1273f56c.pdf

- Oo, M. Z., Tint, S. S., Panza, A., Pongpanich, S., Viwattanakulvanid, P., Bodhisane, S., ... Rerkasem, K. (2025). Effectiveness of a Health Belief Model-based integrated health education and mobile phone short message service intervention on health knowledge, perception, and self-efficacy toward smoking: A quasi-experimental study among industrial workers in Myanmar. *BMC Public Health*, 25(1), 1562. doi:10.1186/s12889-025-22754-9
- VanVoorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43–50. doi:10.20982/tqmp.03.2.p043
- World Health Organization. (2023). *Tobacco*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
-

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

The Effects of a Resilience Quotient Enhancing Program for Depression Prevention among Nursing Students

กชกร ฉายากุล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Kotchakorn Chayakul, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

Received: July 31, 2025 Revised: November 4, 2025 Accepted: November 19, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .71 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ mixed-design ANOVA และ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นและคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตนี้ไปใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกทักษะการมีมุมมองทางบวก การควบคุมตนเอง การปรับตัวอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College, E-mail: kotchakorn@nmc.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a resilience quotient enhancing program for depression prevention among nursing students. 60 participants were 1st-year nursing students at a nursing college. They were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a resilience quotient enhancing program for depression prevention, a personal data questionnaire, a resilience quotient assessment form with a reliability of .84, and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D): Thai version, with a reliability of .71. The implementation and data collection were conducted from July to September 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mixed-design ANOVA, and repeated measures ANOVA with multiple comparisons by the Bonferroni method.

The research results revealed that 1) at the post-intervention and the one-month follow-up periods, the experimental group had statistically significantly different scores of resilience quotient and depression from the control group; and 2) the experimental group had a statistically significantly increased score of resilience quotient and decreased score of depression.

This research suggests that nursing educational executives should utilize this resilience quotient-enhancing guideline for depression prevention among nursing students through various activities such as positive perspective practices, self-control, and proper modification.

Keywords: Resilience quotient enhancing program, Depression, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในทุกเพศทุกวัย ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ใหญ่ทั่วโลก ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์หดหู่ สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมักส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต รวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 3.50 ภาวะซึมเศร้า

จัดเป็นปัญหาที่ทำให้ลดโอกาสในการมีชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ จากการประสบกับปัญหาทางการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงจากการติดสารเสพติดหรือความเสี่ยงทางเพศ การพร่องสุขภาพทางกาย การถูกตีตรา เป็นต้น นอกจากนี้ การถอนตัวออกจากสังคมของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ายังทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงาที่รุนแรงที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (WHO, 2024)

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาระการเรียนรู้ที่หนักทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติในคลินิกตามที่หลักสูตรกำหนด (Njim et al., 2020) โดยเฉพาะ

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ต้องเผชิญความเครียดจากการปรับตัว (กัญญาวิณี โมกขาว, วรพนิต สุกระแพทย์, และวลัยนรี พรหมลา, 2564) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนในระดับอุดมศึกษาที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา รวมถึงการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่หรือรุ่นพี่ในสถาบัน การปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถาบันการศึกษา การอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่ การใช้ชีวิตในหอพัก เป็นต้น (ยุชโร เล้าะแม, มยุรี ยีปาไล๊ะ, เจมพัทธ์ จขกริตติยา, และภาชีน่า บุญลาภ, 2564) โดยการศึกษาในต่างประเทศพบภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 19 (Facioli, Barros, Melo, Ogliari, & Custodio, 2020) ถึงร้อยละ 24 (Sonmez, Akdemir, Meydanlioglu, & Aktekin, 2023) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 (พัฒน์ ศรีโอรุญ, ภาลินี ไทอินทร์, และสิริอร ช่อขุน, 2566) ถึงกว่าร้อยละ 18 (ชุดิภาณูจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิพา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ, 2565)

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบได้ประมาณร้อยละ 4 (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ถึงร้อยละ 8 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) เมื่ออัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าจะไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับรายงานอื่นๆ แต่นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้ามักได้รับผลกระทบด้านการเรียน จากการมีความวิตกกังวลสูง ขาดสมาธิแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ไม่สนใจเรียน ทำให้ผลการเรียนตกต่ำ หรือต้องลาออกจากการเรียนกลางคัน หรือส่งผลให้การสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าล่าช้ากว่าปกติ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จนอาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ชนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์, และวรรณภา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564) ซึ่งการป้องกันระดับปฐมภูมิจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่างๆ จากการ

มีภาวะซึมเศร้าได้ทางหนึ่ง (WHO, 2025)

การป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะการจัดการความคิดเชิงลบ ทักษะการเผชิญปัญหา การสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) ปัจจุบันมีงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความแข็งแกร่งในชีวิต หรือพลังสุขภาพจิต (resilience quotient [RQI]) ของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจน (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564) ทั้งนี้ พลังสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความยากลำบากหรือปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวและหาวิธีการแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ แต่โดยธรรมชาติแล้ว พลังสุขภาพจิตเป็นพลังที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จะมีมากบ้างน้อยบ้างขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสัมผัสประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2563ข) พลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาหรือเสริมให้มีเพิ่มขึ้นในบุคคลได้ด้วยโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเลือกใช้กิจกรรมที่หลากหลายเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิต เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสร้างอารมณ์เชิงบวก อารมณ์ขัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรู้จักตนเอง การปรับตัวอย่างเหมาะสม (Thomas & Revell, 2016) การตระหนักรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองด้วยการทำสมาธิ การทำความเข้าใจกับตนเองผ่านเงาของบุคคล (shadow person exercise) การบำบัดด้วยกลืน การโพสท่าซูเปอร์ฮีโร่ การบันทึกแบบสะท้อนความคิด (reflective journaling) การยืนยันเชิงบวก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Boardman, 2016) การจัดการกับความเครียด การสื่อสารแบบ “I Message” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ, 2555) การฝึกทักษะให้มีความทนทานทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหา (กชกร ฉายากุล, 2561) สำหรับโปรแกรม

สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่ายังมีจำนวนไม่มากนัก

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เคยทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ของกชกร ฉายากุล (2561) มาพัฒนาให้เหมาะสมกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเพิ่มการพิจารณาปัจจัยบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ทั้งด้านความเป็นพวกพ้องและด้านการเปิดเผยตนเอง (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ, 2556) จึงมีการเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งมุมมองด้านความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม (inclusion) ความมีอำนาจควบคุม (control) และการเปิดเผยตนเอง (openness) ตามแนวคิดของ Schutz (1958 as cited in Thompson, 2000) เข้าไปด้วย เพื่อหวังผลให้นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต หรือเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ โดยจัดโปรแกรมดังกล่าวให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และให้นักศึกษาสามารถนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข และปลอดภัยจากภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

2. ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น

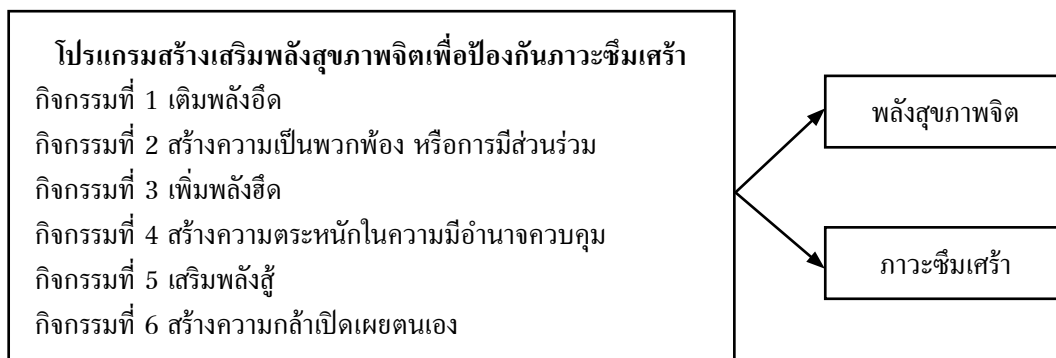
4. ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งพัฒนาจากโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ของกชกร ฉายากุล (2561) โดยครั้งนี้ได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ 1) Grotberg (1995) เพื่อนำมาใช้ในการปรับมุมมองในกิจกรรมต่างๆ ด้วยหลัก 1.1) ฉันมี (I have) คือ การที่บุคคลมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนภายนอก 1.2) ฉันเป็น (I am) คือ สิ่งที่เป็นความเข้มแข็งภายในบุคคล และ 1.3) ฉันสามารถ (I can) คือ ทักษะใน

การจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) หลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2563ก) ด้วยการสร้างพลังจิต ฮีต สู้ ด้วยหลักการ 4 ปรับ 3 เติม ได้แก่ 2.1) พลังฮึด เน้นการทนต่อแรงกดดัน และเพิ่มพลังโดยการปรับอารมณ์ และการปรับความคิด 2.2) พลังฮึด เน้นการมีความหวังและกำลังใจ และเพิ่มพลังโดยการเติมศรัทธา (เพิ่มความหวัง) การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง (เปิดมุมมอง) และ 2.3) พลังสู้ เน้นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค และเพิ่มพลังโดยการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำ และการปรับเป้าหมายชีวิต และ 3) การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตามแนวคิดทฤษฎีทิศทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเบื้องต้น (fundamental interpersonal relation orientation [FIRO]) ของ Schutz (1958

as cited in Thompson, 2000) ได้แก่ 3.1) การสร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม (inclusion) คือ ความสามารถในการเข้ากลุ่มและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และสามารถอยู่โดยลำพังได้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังฮึด 3.2) ความมีอำนาจควบคุม (control) คือ ความสามารถในการเป็นผู้นำและมีอำนาจเหนือผู้อื่น โดยรู้จักที่จะยอมตามและอยู่ในฐานะผู้ตามได้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังฮึด และ 3.3) การเปิดเผยตนเอง (openness) คือ การมีความเต็มใจที่จะใกล้ชิดผูกพันกับผู้อื่น เปิดเผยตนเองอย่างจริงใจ ในขณะเดียวกันก็รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม และรักษาความเป็นส่วนตัวของตนเองไว้ เพื่อเพิ่มลักษณะของพลังสู้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน

160 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D]) ฉบับภาษาไทย 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค ซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ และ 3) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัว

จากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 (จากการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ [2555] และทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์, และวัชรวิ แสงสาย [2562]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งของกษกร ฉายากุล (2561) ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Grotberg (1995) และหลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2563) โดยเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการสร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม ด้านความมีอำนาจควบคุม และด้านการเปิดเผยตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีจิตทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเบื้องต้นของ Schutz (1958 as cited in Thompson, 2000) โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เติมพลังชีวิต ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสร้างสัมพันธ์ทางระหว่างสมาชิกกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม 2) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความสำคัญของพลังสุขภาพจิต และ 3) การปรับอารมณ์และความคิด ด้วย

การทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และการสร้างเสริมพลังชีวิต ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังชีวิตด้วยการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆในชีวิต โดยคำนึงถึงหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 2 สร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการปรับอารมณ์และความคิด ด้วยการฝึกมีมุมมองทางบวกกับเหตุการณ์ลบ และ 2) สร้างความเป็นพวกพ้อง หรือการมีส่วนร่วม โดยการปรับอารมณ์และความคิดต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่ม สร้างความสัมพันธ์เพื่อความรู้สึกเป็นพวกพ้อง การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มในระดับชั้นเรียนและสถาบัน เพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์ หรือพลังชีวิต

กิจกรรมที่ 3 เติมพลังชีวิต ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวกและการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และ 2) การเติมศรัทธา (เพิ่มความหวัง) การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง (เปิดมุมมอง) โดยการทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และแนวทางการสร้างเสริมพลังชีวิต ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังชีวิต ด้วยการเปิดมุมมองนึกถึงสิ่งดีๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต โดยยึดหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ เพื่อสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง

กิจกรรมที่ 4 สร้างความตระหนักในความมีอำนาจควบคุม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง และ 2) การเพิ่มความศรัทธาในศักยภาพแห่งตนในการควบคุมตนเอง และการยอมรับในการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม ผ่านการพิจารณาสิ่งดีๆ ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ ในการวางแผน

กำหนดทางเลือก ตัดสินใจเลือกวิธีการและขั้นตอน การปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และเสริมสร้าง กำลังใจ หรือพลังชีวิต

กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังผู้ ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง การตระหนักในการมีอำนาจควบคุมตนเองและยอมรับ การถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม และ 2) การเสริมพลังผู้ เพื่อสร้างเสริมด้านการจัดการกับปัญหา โดยการทำความเข้าใจความหมาย ตลอดจนแนวทางการสร้างเสริมพลังผู้ ร่วมกับการฝึกทักษะเบื้องต้นในการสร้างเสริมพลังผู้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต ด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาสิ่งดี ๆ ตามหลักฉันมีฉันเป็น ฉันสามารถ ก่อนตัดสินใจปรับเป้าหมายและการกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 สร้างความกล้าเปิดเผยตนเอง ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ทบทวนบทเรียนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการฝึกมีมุมมองทางบวก การเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การสร้างเสริมกำลังใจและความหวัง การตระหนักในการมีอำนาจควบคุมตนเองและยอมรับการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม และการจัดการกับปัญหา และ 2) การกล้าเปิดเผยตนเอง ด้วยการเปิดมุมมองด้านการสื่อสารตามหลักฉันมีฉันเป็น ฉันสามารถ และการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม หรือพลังผู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา เกรดเฉลี่ย ความรู้สึกต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ

เหตุการณ์ความเครียด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต (2563ข) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ก่อนข้างจริง และจริงมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 55 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 69 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) ใช้สอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ตลอดเวลา (5-7 วัน) บ่อยๆ (3-4 วัน) บางครั้ง (1-2 วัน) และไม่เคย (น้อยกว่า 1 วัน) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-22 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 22 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์สาขาจิตวิทยา อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนักจิตวิทยาวัยรุ่น ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 05/2565 วันที่ 17 มิถุนายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาลแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับ

ภาษาไทย ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมจำนวน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวทางปกติของสถาบัน ได้แก่ ระบบการให้คำปรึกษาทางวิชาการ การเตรียมความพร้อมนักศึกษา การดูแลของอาจารย์ประจำชั้น และบริการให้คำปรึกษา

4. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาล ให้ตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วิทยาลัยพยาบาล ให้ตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ระยะติดตาม 1 เดือน (follow-up) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ mixed-design ANOVA ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 18-20 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.75 คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีความรู้สึกละอายๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล และชอบวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา น้อยกว่า 6 คะแนน (ประเมินด้วยตนเอง คะแนน 0 = ไม่เครียด คะแนน 10 = เครียดมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละ 70 และเหตุการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา คือ การเงิน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 18-20 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีเกรดเฉลี่ย

มากกว่า 3.75 คิดเป็นร้อยละ 60 มีความรู้สึกละอายๆ ต่อวิชาชีพพยาบาล และชอบวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 26.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความเครียดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา น้อยกว่า 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเหตุการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ คือ การเรียน คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมา คือ การเงิน คิดเป็นร้อยละ 63.33

2. การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.101, p < .01$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial Eta squared: η^2) เท่ากับ .095 และพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 52.550, p < .001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเท่ากับ .475 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้า
แต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Huynh-Feldt correction		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	$F(df_{treat}, df_{residual})$	<i>p</i>	effect size (partial η^2)
พลังสุขภาพจิต					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	60.30 (7.43)	61.73 (7.72)	$F_{(2, 58)} = 6.101$	.004	.095
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	64.16 (9.12)	61.96 (5.58)			
ติดตาม 1 เดือน	64.86 (7.74)	61.56 (6.15)			
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.93 (6.26)	14.76 (5.83)	$F_{(2, 58)} = 52.550$	< .001	.475
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10.70 (5.87)	19.16 (6.60)			
ติดตาม 1 เดือน	9.06 (5.00)	19.66 (7.13)			

หมายเหตุ: ค่าการทดสอบ F ได้รับการปรับแก้ด้วยวิธี Huynh-Feldt correction เนื่องจากละเมิดสมมติฐานความเท่ากันของสเฟียร์ซิตี (sphericity)

3. การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 3.867$, 95% CI of mean = 1.047–6.686, $p < .01$) คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.567$, 95% CI of mean = 2.140–6.993, $p < .001$) ในขณะที่คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนพลังสุขภาพจิตระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน และคะแนนพลังสุขภาพจิตระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 1

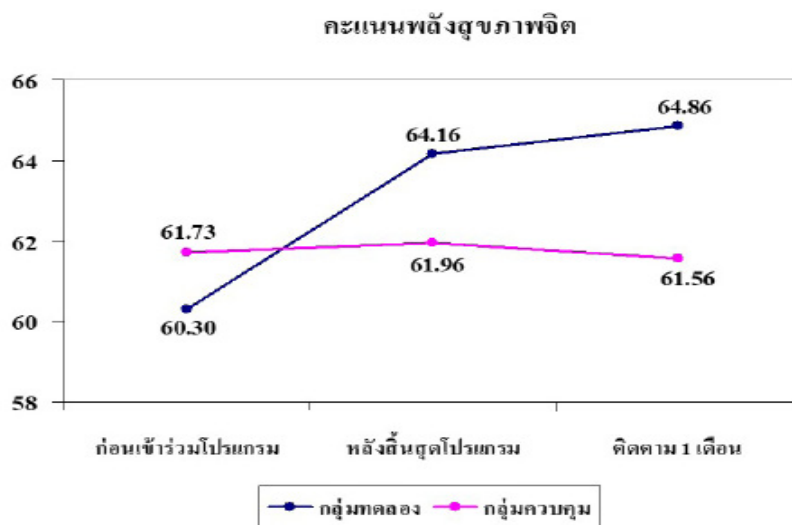
4. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 3.233$, 95% CI of mean = 1.858–4.609, $p < .001$) คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.867$, 95% CI of mean = 3.348–6.385, $p < .001$) และคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 1.633$, 95% CI of mean = .828–2.439, $p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mean_{diff} = 4.400$, 95% CI of mean = 2.213–6.561, $p < .001$) คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับ

ระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{mean}_{\text{diff}} = 4.900$, 95% CI of mean = 2.813–6.987, $p < .001$) ในขณะที่คะแนนภาวะ

ซึมเศร้าระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตาม 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2

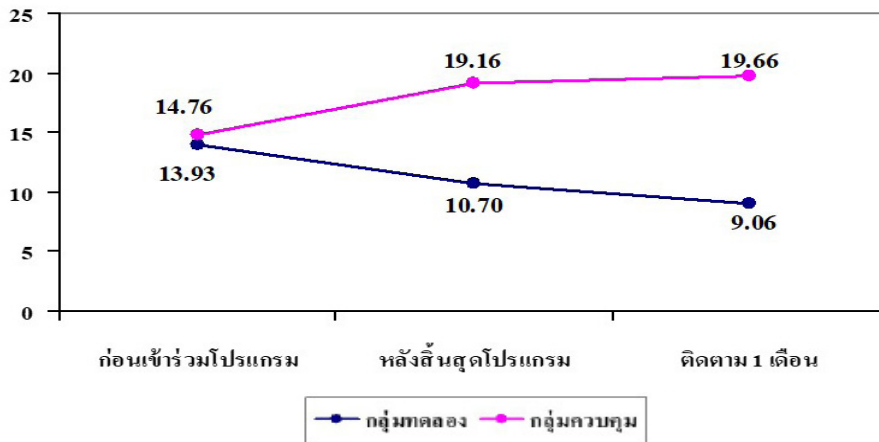
ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

คู่ทดสอบ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\text{mean}_{\text{diff}}$	95% CI of mean	p	$\text{mean}_{\text{diff}}$	95% CI of mean	p
พลังสุขภาพจิต						
ก่อน – หลัง	3.867	1.047–6.686	.005	.233	-2.633–3.100	1.000
ก่อน – ติดตาม	4.567	2.140–6.993	< .001	.167	-2.884–3.217	1.000
หลัง – ติดตาม	.700	-2.122–.722	.663	.400	-1.961–2.761	1.000
ภาวะซึมเศร้า						
ก่อน – หลัง	3.233	1.858–4.609	< .001	4.400	2.213–6.561	< .001
ก่อน – ติดตาม	4.867	3.348–6.385	< .001	4.900	2.813–6.987	< .001
หลัง – ติดตาม	1.633	.828–2.439	< .001	.500	-2.213–1.213	1.000



แผนภูมิที่ 1 คะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า



แผนภูมิที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพลังสุขภาพจิตไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมเกื้อหนุนให้มีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตโดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 เน้นการพัฒนาด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้วยการฝึกการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิต และการปรับอารมณ์และความคิดต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กิจกรรมที่ 3 และ 4 เป็นการส่งเสริมด้านกำลังใจ ด้วยการเปิดมุมมองนี้ถึงสิ่งดีๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต และการเพิ่ม

ความศรัทธาในศักยภาพแห่งตนในการควบคุมตนเอง และการยอมรับในการถูกผู้อื่นควบคุมอย่างเหมาะสม ส่วนกิจกรรมที่ 5 และ 6 เป็นการสร้างเสริมด้านการจัดการกับปัญหา ด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาเพื่อตัดสินใจปรับเป้าหมาย และการกระทำการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ซึ่งทั้ง 6 กิจกรรม เป็นการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตด้วยการจัดให้บุคคลได้ฝึกคิดถึงสิ่งที่ฉันมี ร่วมกับการตระหนักถึงสิ่งที่ฉันเป็น จะทำให้นบุคคลสามารถพัฒนาด้านฉันสามารถได้ (Grotberg, 1995) ประกอบกับการเพิ่มความตระหนักถึงพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ที่สร้างความเป็นพวกพ้อง ความมีอำนาจควบคุม และการเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสม (Schutz, 1958 as cited in Thompson, 2000) สามารถช่วยให้นบุคคลมีพลังใจเพื่อทนต่อแรงกดดันได้ รวมถึงมีความฮึดจากการมีความหวังและ

กำลังใจ กลายเป็นพลังสู่ในการเอาชนะอุปสรรคด้วยวิธีที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2563ก) อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lee & Nam, 2025) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการพัฒนาพลังสุขภาพจิต มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Boardman, 2016; Llistosella et al., 2023)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางที่ลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับปฐมภูมิ และลดความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองได้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มปัจจัยปกป้อง (protective factors) ต่อภาวะซึมเศร้า (Liu et al., 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความคิดทางบวก การยอมรับตนเอง การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น ความสามารถในการจัดการตนเอง การปรับตัวที่มุ่งเน้นอารมณ์ (Nway, Phetrasuwan, Putdivarnichapong, & Vongsirimas, 2023) จากกิจกรรมของโปรแกรม ได้มีการเพิ่มปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง ด้วยการจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับ 1) การปรับความคิดและอารมณ์ ผ่านการทำสมาธิและฝึกทักษะการมีมุมมองทางบวกต่อตนเองและปัญหาต่างๆ ในชีวิต ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ รวมทั้งมีมุมมองทางบวกต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2) การเปิดมุมมองทางบวกด้วยการนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่ยังมีเหลืออยู่หากต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบาก เพื่อสร้างกำลังใจและความหวัง ร่วมกับการเติม

ศรัทธาต่อศักยภาพแห่งตนและการควบคุมตนเอง เพื่อส่งเสริมการยอมรับตนเอง ฝึกการมีมุมมองทางบวกต่อการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน (เดิมมิตร) สำหรับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเติมใจให้กว้างกับการไม่กล่าวโทษตนเอง แต่ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ยอมรับการยอมรับตามผู้อื่นอย่างเหมาะสม และ 3) การฝึกยอมรับปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสมด้วยการฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน ร่วมกับการพิจารณาสิ่งดี ๆ ตามหลักฉันมี ฉันเป็น ฉันสามารถ ก่อนตัดสินใจปรับเป้าหมายและการกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม ร่วมกับการกล้าเปิดเผยตนเอง ด้วยการเปิดมุมมองและการปรับพฤติกรรมหรือการกระทำผ่านการสื่อสาร ด้วยการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารแบบกล้าแสดงออก ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประภาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, และภัทรวดี ศรีนวล (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการเข้าเรียน และควรมีการทบทวนทักษะต่างๆ ซ้ำเป็นระยะ เพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคลในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มอื่นๆ และมีการติดตามผลในระยะมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของการแสดงผลในระยะยาว เพื่อเป็นการตรวจสอบโปรแกรมให้ได้ผลลัพธ์ที่น่าไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กษกร แก้วพรหม, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2556). การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 128-135.
- กษกร ฉายากุล. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 96-107.
- กรมสุขภาพจิต. (2563ก). *คู่มือสื่อสารความรู้เสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี สู้*. นนทบุรี: ผู้แต่ง. สืบค้นจาก <https://mh3.dmh.go.th/file/info>คู่มือสื่อสารความรู้เสริมสร้างพลังใจอีดีอีดี.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2563ข). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิง. สืบค้นจาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20210528289535187.pdf>
- กัญญาวิณี โมกขาว, วรพนิต สุกระแพทย์, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 60-71.
- ชุดิภาญจน์ ฉัตรรุ่ง, ทิวา มหาพรหม, สุวัฒนา เกิดม่วง, และศักดิ์กร สุวรรณเจริญ. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 82-90.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาสินี โทอินทร์, และวัชรวิ แสงสาย. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 153-166.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์, และวรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง. (2564). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์*, 13(1), 62-70.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18-27.
- พัฒน์ ศรีโอบฐ์, ภาสินี โทอินทร์, และสิริอร ช่ออุ่น. (2566). ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 26(2), 91-102.
- ยุชโร เล้าแม่, มยุรี ยี่ปาโล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา, และภาชีนา บุญลาก. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(3), 135-146.
- สุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประภาสิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, และภัทรวดี ศรีนวล. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(3), 87-101.
- สุหทัย โดสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74.

- อุมพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Boardman, L. (2016). Building resilience in nursing students: Implementing techniques to foster success. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 18(2), 1-5. doi:10.4172/1522-4821.C1.005
- Facioli, A. M., Barros, Â. F., Melo, M. C., Ogliari, I. C. M., & Custódio, R. J. M. (2020). Depression among nursing students and its association with academic life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180173. doi:10.1590/0034-7167-2018-0173
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation. Retrieved from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- Lee, S. W., & Nam, J. (2025). Development and validation of an online intervention program to augment psychological resilience: A randomized waitlist-controlled trial. *Psychiatry Investigation*, 22(5), 542-551. doi:10.30773/pi.2024.0319
- Liu, D., Wang, Y., Xie, P., Deng, H., Qiu, L., Liu, W., ... Zhang, X. (2023). Rumination and depression in Chinese adolescents with mood disorders: The mediating role of resilience. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(5), 22m14682. doi:10.4088/JCP.22m14682
- Llistosella, M., Goni-Fuste, B., Martín-Delgado, L., Miranda-Mendizabal, A., Martinez, B. F., Pérez-Ventana, C., & Castellvi, P. (2023). Effectiveness of resilience-based interventions in schools for adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1211113. doi:10.3389/fpsyg.2023.1211113
- Njim, T., Mbanga, C., Mouemba, D., Makebe, H., Toukam, L., Kika, B., & Mulango, I. (2020). Determinants of depression among nursing students in Cameroon: A cross-sectional analysis. *BMC Nursing*, 19, 26. doi:10.1186/s12912-020-00424-y
- Nway, N. C., Phetrasuwan, S., Putdivarnichapong, W., & Vongsirimas, N. (2023). Factors contributing to depressive symptoms among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 68, 103587. doi:10.1016/j.nepr.2023.103587
- Sonmez, Y., Akdemir, M., Meydanlioglu, A., & Aktekin, M. R. (2023). Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: A longitudinal study. *Healthcare*, 11(5), 636. doi:10.3390/healthcare11050636

- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457–462. doi:10.1016/j.nedt.2015.10.016
- Thompson, H. L. (2000). FIRO element B™ and psychological type: Part I—Why FIRO element B? *Bulletin of Psychological Type*, 23(2), 18–22. Retrieved from <https://www.hpsys.com/PDFs/FIRO%20Element%20B%20and%20Psycho%20Type.pdf>
- World Health Organization. (2024). *Mental health of adolescents*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
-

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง Outcomes of Care for Acute Hemorrhagic Stroke Patients Receiving Care with a Stroke Program at the Stroke Unit in Rayong Hospital

นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา) ¹

Nimnual Chuyingsakultip, Ph.D. (Counseling Psychology) ¹

Received: October 18, 2024 Revised: November 12, 2025 Accepted: November 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมจำนวน 417 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .99 และแบบประเมินระดับความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันมีดังนี้ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.20 วัน ($SD = 9.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 8$) และจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.80 วัน ($SD = 13.60$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 12$) ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 55,676.50 บาทต่อราย ($SD = 56,574.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 32,550.63 บาทต่อราย

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระยอง

¹ Registered Nurse, Rayong Hospital, E-mail: nimnual.c@gmail.com

(IQR = 52,446.69) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 67,715.03 บาทต่อราย ($SD = 74,433.50$) โดยมีค่ามัธยฐาน 39,506 บาทต่อราย (IQR = 56,509.94) ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ทั้ง 2 ปี อัตราการเกิด aspirated pneumonia ร้อยละ 1.64 และ 0.43 ตามลำดับ อัตราการเกิด urinary tract infection (UTI) ร้อยละ 2.19 และ 1.28 ตามลำดับ อัตราการเกิด pressure sore ร้อยละ 1.64 และ 0 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.14 และ 27.78 ตามลำดับ และ 2) ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.500, p < .001$ และ $Z = -9.200, p < .001$ ตามลำดับ) และผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.200, p < .001$ และ $Z = -3.300, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกในระยะวิกฤตได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาตามมาตรฐาน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to examine the outcomes of care for acute hemorrhagic stroke patients receiving care with a stroke program. The samples consisted of 417 medical records of acute hemorrhagic stroke patients receiving care with a stroke program at the Stroke Unit in Rayong Hospital in the fiscal years 2021 and 2022. The research instrument included the record form of quality of hemorrhagic stroke service in Rayong Hospital, the Barthel Index of Activities of Daily Living with a reliability of .99, and the Modified Rankin Scale (mRS) with a reliability of .84. Data were collected from April to June 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that 1) in the fiscal years 2021 and 2022, the outcomes of care for acute hemorrhagic stroke patients were as follows: The average lengths of stay were 9.20 days ($SD = 9.20$, Med = 7, IQR = 8) and 11.80 days ($SD = 13.60$, Med = 7, IQR = 12), respectively; the average costs were 55,676.50 baht per case ($SD = 56,574.20$, Med = 32,550.63, IQR = 52,446.69) and 67,715.03 baht per case ($SD = 74,433.50$, Med = 39,506, IQR = 56,509.94), respectively; the rate of readmission within 28 days was 0% in both years. For the complication rates, it was showed that aspirated pneumonia occurred

in 1.64% and 0.43%, respectively, while urinary tract infection (UTI) occurred at rates of 2.19% and 1.28%, respectively, the rate of pressure sore were 1.64% and 0%, respectively, as well as the mortality rate were 25.14% and 27.78%, respectively; and 2) in the fiscal years 2021 and 2022, at the discharge day, the patients demonstrated a statistically significantly higher average score from the Barthel Index of Activities of Daily Living than at the first day of admission ($Z = -7.500, p < .001$ and $Z = -9.200, p < .001$, respectively), whereas they showed a statistically significantly lower average score from the Modified Rankin Scale than at the first day of admission ($Z = -4.200, p < .001$ and $Z = -3.300, p < .001$, respectively).

This research suggests that hospital administrators should promote the establishment of stroke units that provide care for ischemic and hemorrhagic stroke patients in critical condition. It will enhance the quality of care in accordance with standards, reduce mortality rates, and decrease disability levels.

Keywords: Outcomes of care, Acute hemorrhagic stroke patients, Stroke unit, Stroke program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ รายงานจากการสำรวจประชากรขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO]) ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า โลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 12.20 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้ ประชากรมีโอกาสดังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 1 คน ในทุกๆ 3 วินาที และโรคนี้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการสูงถึงร้อยละ 89 ในปี ค.ศ. 2019 (WSO, 2022) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 จากข้อมูลในมรณบัตรในปี พ.ศ. 2562 และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการเป็นอันดับ 3 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2567) นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยพบอุบัติการณ์ 278.49 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2565

โดยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 222.19 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออก 88.38 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.92 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) สำหรับโรงพยาบาลระยอง พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ามารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 783 ราย 848 ราย และ 885 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลระยอง, 2565) โดยผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตส่วนหนึ่งจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดภาระในทุกด้านกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลระยอง เป็นแบบ acute stroke unit คือ หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาละลายลิ่มเลือดสมอง (thrombolytic therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทและให้การรักษาย่างใกล้ชิด เริ่มเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553

อาศัยพื้นที่ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยร่วมสุข 2 มีจำนวน 8 เตียง ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2554 และผ่านการประเมินมาตรฐานระดับ 5 ดาว (Standard Stroke Center Certification [SSCC]) ในปี พ.ศ. 2559 จากนั้นในปี พ.ศ. 2561 ได้ย้ายมาที่อาคารร่วมเกล้า ชั้น 3 มีจำนวน 16 เตียง รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 3 วัน เข้ามารักษา ในกรณีที่ไม่เต็มจะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 7 วัน เข้ามารักษา รวมถึงผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ทั้งนี้ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke program) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นมวล ชูยังสกุลทิพย์ (2549) พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายจะมีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านหรือชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัว มีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากภาวะการเจ็บป่วยและคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรและความสามารถของตัวผู้ป่วยเองที่มีอยู่เป็นหลัก และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการ

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลจัดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกพร้อมด้วย โรงพยาบาลระยองจึงได้เริ่มรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ามารักษา

โดยนำร่อง 4 เตียง ในปี พ.ศ. 2563 (จำกัดด้วยอัตรากำลัง ทำให้เปิดได้เพียงเท่านั้น) และขยายบริการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็น 8 เตียง ในปี พ.ศ. 2564 และปัจจุบันได้ย้ายกลับมาดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยร่วมสุข 2 โดยรับผู้ป่วยทั้งหมด 18 เตียง แบ่งออกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 10 เตียง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 8 เตียง โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: RYH-CPG-MSO(MED)-012 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก: RYH-CPG-MSO(SUR)-013 ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลแบบองค์รวมและเป็นระบบ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะฟื้นภาวะวิกฤต ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบุคลากรทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์ประสาทวิทยา แพทย์อายุรกรรม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านโรคหลอดเลือดสมอง เกษตรกร นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ ซึ่งมีการประชุมและปรับ CPG ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ใหม่อย่างน้อยทุกปี ทั้งนี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ที่จัดโดยสถาบันประสาทวิทยา คือ หลักสูตร Basic Stroke และ Advance Stroke เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายไปยังหน่วยบริการในชุมชนใกล้บ้าน พร้อมทั้งนัดตรวจติดตามที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรับผิดชอบในการจัดระบบการดูแลรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่เปิดรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2564 ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วย
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ในเรื่องจำนวน
วันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน
28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated
pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint
อัตราการเสียชีวิต ระดับความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ซึ่งข้อมูลที่ได้
จะเป็นประโยชน์สำหรับการบริหารจัดการและการพัฒนา
คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้
ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint ลดลง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
4. ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกรับ
5. ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกรับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Chick and Meleis (1986 อ้างถึงในพิชญา หุยากรณ์, 2562) ซึ่งเป็นทฤษฎี

ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบและพัฒนาการของครอบครัว โดยการเปลี่ยนผ่าน (transition) เป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health-illness transition) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผลลัพธ์การดูแลมีทั้งผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลใน

การดูแล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และอัตราการเสียชีวิต และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพึงการ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมจำนวน 1,213 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน รหัส ICD 10: I60-I62 ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ ได้เวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 183 ราย และ 234 ราย ตามลำดับ รวมจำนวน 417 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้

บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) ในวันแรกเริ่ม และส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และการเสียชีวิต รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับจาก the Barthel Index of Activities of Daily Living ของสถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ. 2550 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับน้อย (25-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน) ในระดับมาก (75-95 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (ปกติ) (100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความพิการ ผู้วิจัยใช้ the Modified Rankin Scale (mRS) ที่พัฒนาโดย Broderick, Adeoye, and Elm (2017) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดระดับความพิการสาหัส ใช้ในการประเมินระดับความพิการหรือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง ระดับ 2 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง ระดับ 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

ระดับ 4 หมายถึง มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ และระดับ 5 หมายถึง มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินระดับความพิการ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ป่วยเจ้าของเวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .99 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. RYH 010/2566 วันที่ 14 มีนาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 จากนั้นเลือกเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Software Solutions Bangkok (SSB) ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการฐานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาล (hospital information system [HIS]) ที่เชื่อมโยงการทำงานในส่วนงานต่างๆ

ของโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ข้อมูลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และข้อมูลระดับความพิการ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ($n = 183$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.03 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 25-93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 57.60 ปี ($SD = 13.04$) และมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 3-15 คะแนน โดยมีระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 10.60 คะแนน ($SD =$

4.70) ส่วนในปีงบประมาณ 2565 ($n = 234$) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.39 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 27-90 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 57.30 ปี ($SD = 14.30$) และมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 3-15 คะแนน โดยมีระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 10 คะแนน ($SD = 4.40$)

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ($n = 183$) และในปีงบประมาณ 2565 ($n = 234$) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.20 วัน ($SD = 9.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 8$) และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.80 วัน ($SD = 13.60$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 12$) ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 55,676.50 บาทต่อราย ($SD = 56,574.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 32,550.63 บาทต่อราย ($IQR = 52,446.69$) และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 67,715.03 บาทต่อราย ($SD = 74,433.50$) โดยมีค่ามัธยฐาน 39,506 บาทต่อราย ($IQR = 56,509.94$) ตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ทั้ง 2 ปี มีอัตราการเกิด aspirated pneumonia ร้อยละ 1.64 และ 0.43 ตามลำดับ มีอัตราการเกิด UTI ร้อยละ 2.19 และ 1.28 ตามลำดับ มีอัตราการเกิด pressure sore ร้อยละ 1.64 และ 0 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.14 และ 27.78 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ในเรื่องจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษารักษาภายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

ผลลัพธ์การดูแล	ปีงบประมาณ 2564 (n = 183)				ปีงบประมาณ 2565 (n = 234)			
	จำนวน/ ร้อยละ	M	SD	Med/ IQR	จำนวน/ ร้อยละ	M	SD	Med/ IQR
จำนวนวันนอน	-	9.20	9.20	7/8	-	11.80	13.60	7/12
ค่าใช้จ่าย	-	55,676.50	56,574.20	32,550.63/ 52,446.69	-	67,715.03	74,433.50	39,506.00/ 56,509.94
อัตราการกลับมา รักษารักษาภายใน 28 วัน	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน								
aspirated pneumonia	3/1.64	-	-	-	1/0.43	-	-	-
UTI	4/2.19	-	-	-	3/1.28	-	-	-
pressure sore	3/1.64	-	-	-	0/0	-	-	-
fall	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
stiff joint	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
อัตราการเสียชีวิต	46/ 25.14	-	-	-	65/ 27.78	-	-	-

3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 (n = 183) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-85 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 20.60 คะแนน ($SD = 26.90$) และมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-100 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 36.60 คะแนน ($SD = 36.90$) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 2-5 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.80 คะแนน ($SD = .50$) และมีคะแนนระดับความพิการในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-6 คะแนน โดยมี

คะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.40 คะแนน ($SD = 1.40$) ส่วนในปีงบประมาณ 2565 (n = 234) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-90 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 14.70 คะแนน ($SD = 24.20$) และมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-100 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 29.04 คะแนน ($SD = 34.40$) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 4-5 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.95 คะแนน ($SD = .20$) และมีคะแนนระดับความพิการในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-6 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.70 คะแนน ($SD = 1.20$)

4. การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกกับในวันจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยฯ มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.500$, $p < .001$ และ $Z = -9.200$, $p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยฯ มีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.200$,

$p < .001$ และ $Z = -3.300$, $p < .001$ ตามลำดับ) ทั้งนี้พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย โดยมีขนาดผลกระทบ (effect size [ES]) ในระดับสูง ($r = .55$) และในระดับปานกลาง ($r = .31$) ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2565 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย โดยมีขนาดผลกระทบในระดับสูง ($r = .60$) และในระดับต่ำ ($r = .22$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกกับในวันจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน

ผลลัพธ์การดูแล	ในวันแรก		ในวันจำหน่าย		Wilcoxon signed-rank test		
	Med	IQR	Med	IQR	Z	p	ES (r)
ปีงบประมาณ 2564 (n = 183)							
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0	40.00	35.00	70.00	-7.500	< .001	.55
ระดับความพิการ	5.00	0	5.00	2.00	-4.200	< .001	.31
ปีงบประมาณ 2565 (n = 234)							
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0	30.00	5.00	50.00	-9.200	< .001	.60
ระดับความพิการ	5.00	0	5.00	2.00	-3.300	< .001	.22

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้ประชุมร่วมกันและปรับโปรแกรมการดูแลให้เหมาะสมตามสถานการณ์ใหม่อย่างน้อยทุกปี อีกทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร Basic Stroke และ Advance Stroke ที่จัดโดยสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมี

ส่วนช่วยส่งเสริมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันมีความถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน ประกอบกับผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องภายหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของชัยพิมล เกณสาสุข, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า ในปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ aspirated pneumonia, UTI และ pressure sore ลดลง เมื่อเทียบกับในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายการที่ยังคงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ว่า แม้จะมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ภาวะแทรกซ้อนข้างต้นถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมามากหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มาก โดยสาเหตุหลักเกิดจากภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) นำไปสู่การสำลัก ทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อได้ (วัชรภรณ์ ไพโรจน์, รัญญลักษณ์ หวังเจริญเวช, มารศรี มีรูป, จิระเดช ขนนิล, และวราภรณ์ พรหมมา, 2567) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีภูมิคุ้มกันลดลงและการใช้สายสวนปัสสาวะอาจเพิ่มความรุนแรงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำไปสู่ภาวะต่อมลูกหมากอักเสบ กรวยไตอักเสบ และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Kumar et al., 2025) และจากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัจจัยทำนายหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Pinzon & Wijaya, 2020) สำหรับผลกดทับนั้น ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเสมอในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (วุฒิชัย สมกิจ และคณะ, 2567) การเกิดผลกดทับจึงพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะอ่อนแรงและต้องนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรมแล้วก็ตาม แต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของการดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย สมกิจ และพิชชาอร นามเพ็ง (2568) ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรืออยู่ในภาวะติดเตียง ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 ผลกดทับ ร้อยละ 32.91 และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92

ผลการวิจัยพบว่า ในปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีระดับความรุนแรงของโรคมามาก เลือดที่ออกมีปริมาณมากและอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ ทำให้เกิดการเสียชีวิตที่สูง นอกจากนี้ ในช่วงระยะเวลาข้างต้นมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

เนื่องจากการได้รับยากระดับความดันโลหิตที่ต่ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย มัดจูปะ, ลิสา กองเงิน, และสายหยุด นพตลุง (2562) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ร่วมกันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกลดลง จากร้อยละ 18.20 ในช่วงก่อนพัฒนาหอผู้ป่วย เป็น ร้อยละ 14.20 ในช่วงหลังพัฒนาหอผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าในวันแรกรับ และมีคะแนนระดับความพิการ น้อยกว่าในวันแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัว โดยมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงาน ร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย พ้นหายจากภาวะการเจ็บป่วยและคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรและความสามารถ ของตัวผู้ป่วย และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและ ครอบครัว มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน อย่างเต็มที่ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและมีระดับความพิการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Langhorne (2021) และ การศึกษาของ Langhorne and Ramachandra (2020) ที่ทำการทบทวนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการจัดตั้ง stroke unit และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ มีการดูแลตามที่ กำหนดตามโปรแกรมโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบถ้วน รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้สามารถ เพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดอัตราการเกิดความพิการของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล และเพิ่ม จำนวนเตียงให้เหมาะสมกับการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกไว้รักษา โดยเฉพาะให้ได้รับการดูแลรักษา ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ของการเกิดอาการ ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะวิกฤตที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม และควรพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของ ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการลดภาระการดูแลของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลอื่น ๆ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแล ด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ในสถานบริการระดับอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลระยอง ที่ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย และ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- รัชฎาพิมล เกณสาคร, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ การพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับ เข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 215–224.
- นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). ผลของแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล ระยะของ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชญา หุยากรณ์. (2562). การเปลี่ยนผ่านบทบาท และการเรียนรู้ตลอดชีวิตหลังเกษียณอายุของ อาจารย์มหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรภรณ์ ไพโรจน์, ธัญญลักษณ์ หวังเจริญเวช, มารศรี มีรูป, จิระเดช กชนิล, และวราภรณ์ พรหมมา. (2567). ผลของการใช้โปรแกรม ป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 41(3), 284–293.
- วุฒิชัย มัดจุปะ, ลิสา กองเงิน, และสายหยุด นพดล. (2562). การพัฒนาและประสิทธิผลของการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ร่วมกันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์*, 10(2), 28–38.

- วุฒิชัย สมกิจ, และพิชชาอร นามเพ็ง. (2568). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัด ร้อยเอ็ด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 17(1), 70–90.
- วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักกระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิตรา นามบุญเรือง, รุ่งภา ธนชาญ, สุชัยบุญญา เดชศิริ, ... จีรพร อินนอก. (2567). บทบาท ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 12–27.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลระยอง. (2565). สถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง. ระยอง: ผู้แต่ง.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). รายงาน ประจำปีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ปณณมิตร การพิมพ์. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2024/EBook/419848_20240527153048.pdf
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือด สมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39–46.
- Broderick, J. P., Adeoye, O., & Elm, J. (2017). Evolution of the Modified Rankin Scale and its use in future stroke trials. *Stroke*, 48(7), 2007–2012. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017866

- Kumar, S., Chou, S. H. Y., Smith, C. J., Nallaparaju, A., Laurido-Soto, O. J., Leonard, A. D., ... Stein, D. J. (2025). Addressing systemic complications of acute stroke: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 56, e15–e29. doi:10.1161/STR.0000000000000477
- Langhorne, P. (2021). The stroke unit story: Where have we been and where are we going? *Cerebrovascular Disease*, 50(6), 636–643. doi:10.1159/000518934
- Langhorne, P., & Ramachandra, S. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: Network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD000197. doi:10.1002/14651858.CD000197
- Pinzon, R. T., & Wijaya, V. O. (2020). Complications as poor prognostic factors in patients with hemorrhagic stroke: A hospital-based stroke registry. *Romanian Journal of Neurology*, 19(1), 12–20. doi:10.37897/RJN.2020.1.2
- World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

**ผลของโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง**
**The Effects of a Health Coaching Program on Health Literacy,
Behavior in Controlling Hyperlipidemia, and Clinical Outcome
among Individuals with Hyperlipidemia**

ปาลีรัฐญ์ ฐาสีรสวัสดิ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Paleerun Thasirasawad, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

ลลิตา เดชาวูธ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ²

ดราวรรณ ร่องเมือง, Ph.D. (Nursing) ³

Lalita Dechavoot, M.N.S. (Family Nursing) ²

Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) ³

ดวงมณี บัลลังการ, พย.บ. ⁴

Duangmanee Bunlungkarn, B.N.S. ⁴

Received: August 13, 2025 Revised: November 27, 2025 Accepted: December 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีไขมัน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ 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: lalitappk@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนง จังหวัดจันทบุรี

⁴ Registered Nurse, Khamong Sub-district Health Promoting Hospital, Chanthaburi Province

ในเลือดสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขม อำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีค่าความเชื่อมั่น .72 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.098, p < .001$ และ $t = 5.918, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.019, p < .05$; $t = 1.984, p < .05$ และ $t = 2.155, p < .05$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.912, p < .001$ และ $t = 4.338, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.262, p < .01$ และ $t = 2.965, p < .01$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด และควรมีการกำกับติดตามให้มีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอที่จะทำให้ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น และระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ลดลง
คำสำคัญ: การโค้ชด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health coaching program on health literacy, behavior in controlling hyperlipidemia, and clinical outcome. The participants comprised 80 individuals with hyperlipidemia who received the medical services at Khamong Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Mai District, Chanthaburi Province. They were divided into an experimental group ($n = 39$) and a control group

($n = 41$). The research instruments included a health coaching program for controlling hyperlipidemia, a health behavior recording handbook, a demographic questionnaire, a health literacy assessment form for controlling hyperlipidemia with a reliability of .92, and a behavior in controlling hyperlipidemia assessment form with a reliability of .72. The implementation and data collection were conducted from April to July 2025. 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 entering the program, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia than before entering the program ($t = 4.098$, $p < .001$ and $t = 5.918$, $p < .001$, respectively), it also demonstrated statistically significantly lower mean total cholesterol level, low-density lipoprotein (LDL) level, and triglyceride level than before entering the program ($t = 2.019$, $p < .05$; $t = 1.984$, $p < .05$; and $t = 2.155$, $p < .05$, respectively), but it showed that mean high-density lipoprotein (HDL) level was not differ from before entering the program; and 2) after entering the program, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia than the control group ($t = 4.912$, $p < .001$ and $t = 4.338$, $p < .001$, respectively), it also demonstrated statistically significantly lower mean total cholesterol level and triglyceride level than the control group ($t = 3.262$, $p < .01$ and $t = 2.965$, $p < .01$, respectively), but it showed that mean HDL level and LDL level were not differ from the control group.

This research suggests that primary healthcare personnel should implement a health coaching program for controlling hyperlipidemia to enhance health literacy and behavior in controlling hyperlipidemia, particularly among individuals not currently receiving lipid-lowering medication. There should be supervision and follow-up to ensure consistent and sufficient exercise that can help increase HDL cholesterol and decrease LDL cholesterol levels.

Keywords: Health coaching, Health literacy, Behavior in controlling hyperlipidemia, Clinical outcome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดสูง คือ การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ทั้งคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของการมีคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง ร้อยละ 56.80 ไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 36 โดยกลุ่มที่มีคอเลสเตอรอลรวมสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 62.50 และมีเพียงร้อยละ 26.50 ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมได้ (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรพรเจริญ, และวารกรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (Costache, Dmour, Costache, & Botnariu, 2022) ภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (Nouh, Omar, & Younis, 2019) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถลดไขมันในเลือดได้อย่างไรก็ตาม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ต้องอาศัยแรงจูงใจและความตั้งใจของบุคคล ปัจจุบันมีวิธีการสนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ คือ การโค้ชด้านสุขภาพ (health coaching) (Olsen, 2014)

การโค้ช เป็นการพัฒนาด้านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลง ผ่านการสนทนาแลกเปลี่ยนกันระหว่างโค้ชกับผู้รับการโค้ช เพื่อให้ผู้รับการโค้ชเข้าใจปัญหาของตนเองและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงและแก้ไขพฤติกรรม โดยโค้ชเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริม (Grant, 2014) การโค้ชด้านสุขภาพ

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และการติดตามผล (Olsen, 2014) สำหรับประเทศไทย วนิดา พลเดช (2560) ได้พัฒนาต้นแบบการโค้ชวิถีไทย โดยประยุกต์พุทธปรัชญาสู่การโค้ช ประกอบด้วย 1) โค้ชรับฟังให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งและไม่ตัดสิน 2) โค้ชจุดประกายความคิด กระตุ้นให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้รับการโค้ชหาคำตอบหรือทางออกด้วยตัวเอง 3) โค้ชกระตุ้น จูงใจให้ผู้รับการโค้ชลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้อง และ 4) โค้ชกำกับติดตามความคิดและการกระทำของผู้รับการโค้ช เพื่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การโค้ชด้านสุขภาพทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ดังการศึกษาการใช้เทคนิคการโค้ชด้านสุขภาพในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดีขึ้น โดยลดแป้งผลไม้ ไขมัน เนื้อสัตว์ และเพิ่มการรับประทานผักมากขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม (Lin, Huang, Chang, Chen, & Yang, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาการโค้ชด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง (Liddy, Johnston, Nash, Ward, & Irving, 2014) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับคอเรสเตอรอลในเลือดลดลง และมีอัตราการครองชีพที่ดีเพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้สำรวจตนเอง มองเห็นปัญหา เกิดแรงกระตุ้นภายใน จูงใจให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถค้นพบวิธี

การปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเองได้ (ศรีรัตน์ อินตา และอนุลักษณ์ ใจวงศ์, 2565) นอกจากนี้ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลสามารถแสวงหาความรู้ เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (İlgün, Turaç, & Orak, 2015)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของมิตรธิดา แจ่มใส, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และธิดิรัตน์ ราศิริ (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น นอกจากนี้ แนวคิดสภ.โมเดล ได้เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลักการ 3อ 3ล ได้แก่ การรับประทานอาหารออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การลดนุหรี การลดแอลกอฮอล์ และการลดอ้วน ซึ่งมีการศึกษาที่ยืนยันว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สภ.โมเดล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ (นสพ.ม. เอโอ, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) ดังนั้นการเฝ้าระวังสุขภาพจึงเป็นทั้งกลไกและโอกาสสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงควบคุมระดับไขมันในเลือดได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจ อำเภอ

ท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2566 ในประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนตำบลโขมจ จำนวน 482 คน มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 200 mg/dL จำนวน 350 คน แม้ว่าจะมีการให้ความรู้โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง แต่อัตราของภาวะไขมันในเลือดสูงก็ยังไม่ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังขาดการกำกับติดตามและสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับไขมันในเลือดจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเฝ้าระวังด้านสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดการเฝ้าระวังวิถีไทยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ตามหลัก 3อ 3ล มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

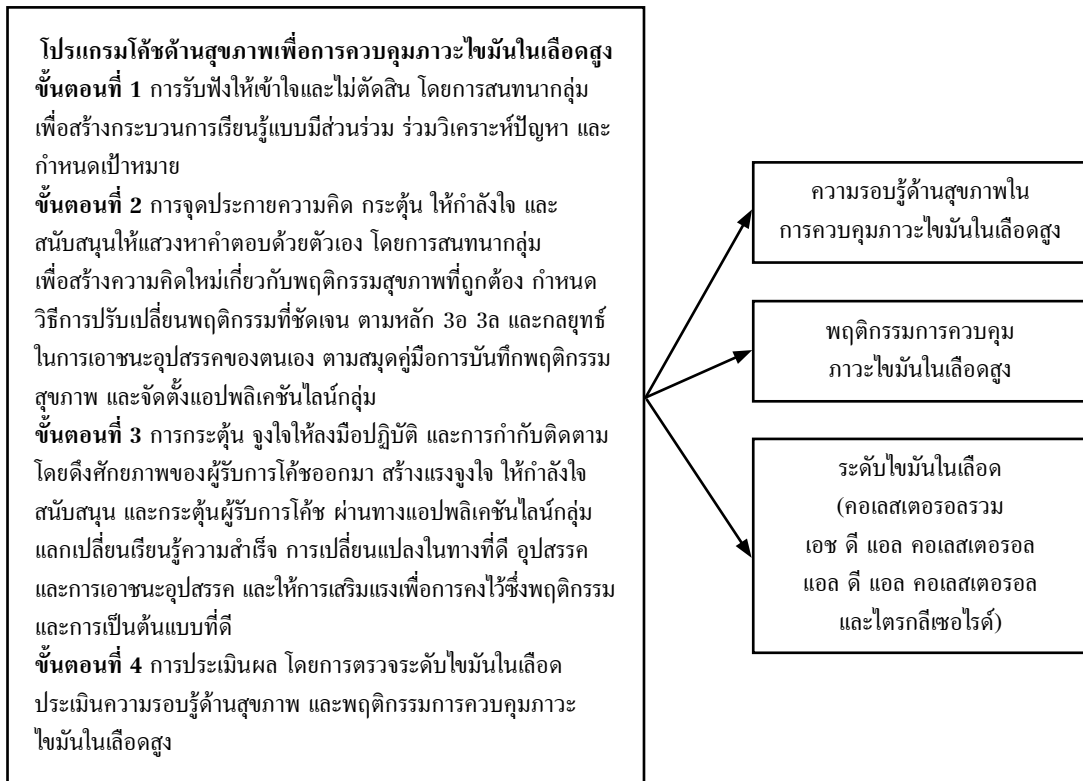
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการโค้ช

วิถีไทย ที่พัฒนาโดยวนิดา พลเดช (2560) เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรับฟังให้เข้าใจและไม่ตัดสิน ช่วยให้ผู้รับการโค้ชสามารถกำหนดปัญหา เป้าหมายได้อย่างถูกต้อง และสามารถกำจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จออกไป 2) การจุดประกายความคิด กระตุ้น ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบด้วยตัวเอง 3) การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือปฏิบัติ และการกำกับติดตาม โดยดึงศักยภาพของผู้รับการโค้ชออกมา และ 4) การประเมินผล เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการโค้ช โดยนำสาระการโค้ชตามแนวคิด สบซ.โมเดล คือ 3อ 3ล ประกอบด้วย การรับประทานอาหารลดไขมัน การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การลดบุหรี การลดแอลกอฮอล์ และการลดน้ำหนัก เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับการโค้ชมีความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง มีพฤติกรรมควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงที่ดี และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขม อำเภอนาทม จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีภาวะไขมันตัวใดตัวหนึ่งในเลือดผิดปกติ คือ ระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) สูงกว่า 200 mg/dL ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (HDL) ต่ำกว่า 40 mg/dL

ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (LDL) สูงกว่า 130 mg/dL และระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูงกว่า 150 mg/dL 2) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน 3) ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับไขมันในเลือด 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และมีทักษะในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ 5) ไม่อยู่ในช่วงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร 6) ไม่มีภาวะจิตตวิปลาสหรือเครื่องดัดแปลงอวัยวะ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนด

ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (จากการศึกษาของวิริยา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอารณ์ ดินาน [2564] โดยใช้ระดับคอเลสเตอรอลรวม ได้ขนาดอิทธิพล 1.39) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม) รวมจำนวน 84 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย ประยุกต์แนวคิดการโค้ชวิถีไทย ของวนิดา พลเดช (2560) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับฟังให้เข้าใจและไม่ตัดสิน ใช้เวลา 45–60 นาที ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้รับการโค้ชออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 14 คน ต่อโค้ช 1 คน เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม ให้ผู้รับการโค้ชตั้งชื่อกลุ่ม และให้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาในการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยโค้ชตั้งใจรับฟัง ไม่ตัดสิน กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงและการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และ รอบเอวของตนเอง กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชบอกเล่า พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้าน บวกและด้านลบ และให้ผู้รับการโค้ชตั้งเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงตนเอง วางแผนการปรับพฤติกรรม ตนเองภายในเวลา 1 สัปดาห์ และจดบันทึกในสมุด บันทึกลับ

ขั้นตอนที่ 2 การจุดประกายความคิด กระตุ้น ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบ

ด้วยตัวเอง ใช้เวลา 45–60 นาที ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 2 เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้รับ การโค้ชแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกที่ ได้ทำ/ไม่ได้ทำกิจกรรมตามที่ตนเองวางแผน ใช้คำถาม กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่วางแผนได้ เช่น “มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่ ตั้งใจไว้” “อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำตาม แผนที่วางไว้ได้” และร่วมกันหาวิธีการจัดการกับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงวางแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองในอีก 1 เดือนข้างหน้า พร้อมทั้ง จัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเพื่อใช้สำหรับการสื่อสาร ในกลุ่ม โดยให้ผู้รับการโค้ชส่งภาพการทำกิจกรรม ตามหลัก 3อ 3ล และโค้ชเสริมแรงโดยการชื่นชม ให้กำลังใจ และกระตุ้นการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือ ปฏิบัติ และการกำกับติดตาม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3–16 โดยผู้วิจัยตั้งศักยภาพของผู้รับการโค้ชออกมา โดยใช้คำถาม “พฤติกรรมใดที่ท่านภูมิใจที่สุดใน สัปดาห์นี้” “อะไรคืออุปสรรคที่ท่านเอาชนะได้ และ ท่านทำได้อย่างไร” และให้ผู้รับการโค้ชส่งภาพการทำ กิจกรรมตามหลัก 3อ 3ล และบอกว่าวันนี้ได้ทำอะไร เพราะอะไร ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทุกวัน ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ สนับสนุน และกระตุ้น ผู้รับการโค้ช โดยส่งสติ๊กเกอร์แสดงความชื่นชม และ กล่าวชมเมื่อผู้รับการโค้ชทำได้ถูกต้อง และนัดพบ ผู้รับการโค้ชเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความสำเร็จ การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี อุปสรรคและ การเอาชนะอุปสรรค และให้การเสริมแรงเพื่อการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมและการเป็นต้นแบบที่ดี

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 16 ดำเนินการประเมินผล โดยการตรวจระดับไขมันในเลือด ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2 สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองเบื้องต้นตามแนวคิด สุข.โมเดล แหล่งการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาด้านสุขภาพ แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และตารางบันทึกความมุ่งมั่นตั้งใจ ผลการปฏิบัติ อุปสรรค และการเอาชนะอุปสรรค

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการซักถามข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ จำนวนทักษะละ 4 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติได้ยากมาก ปฏิบัติได้ยาก ปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้ง่ายมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 2 ข้อ และด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์ และการลดน้ำหนัก จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก จำนวน

10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-5 วันต่อสัปดาห์) และปฏิบัติสม่ำเสมอ (6-7 วันต่อสัปดาห์) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงเหมาะสมน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงเหมาะสมมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97, 1, .96 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ไปทดลองใช้กับผู้ที่มิระดับไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโฆม่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92 และ .72 ตามลำดับ ส่วนการตรวจระดับไขมันในเลือด เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ดำเนินการโดยห้องปฏิบัติการมาตรฐานของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี การตรวจนี้ครอบคลุมทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 093/67 วันที่ 4 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจันเจียงวัดอุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจันเจียงวัดอุประสงค์การวิจัยที่โรงพยาบาลพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจันเจียงวัดอุประสงค์การวิจัย 3 กลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นโค้ชประจำกลุ่ม ดำเนินการตามโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง โดยในสัปดาห์ที่ 1-2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 การรับฟังให้เข้าใจและไม่ตัดสิน และขั้นตอนที่ 2 การจุดประกายความคิด กระตุ้น

ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้แสวงหาคำตอบด้วยตัวเอง ในสัปดาห์ที่ 3-16 ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้น จูงใจให้ลงมือปฏิบัติ และการกำกับติดตาม และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล รวมจำนวน 16 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงตามที่ได้เรียนรู้ตามปกติ คือ การให้คำแนะนำสั้น ๆ เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย และให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจันเจียงวัดอุประสงค์การวิจัย ให้ตอบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มาเจาะเลือดหาระดับไขมันในเลือด ประจำปีงบประมาณ 2568 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโขมจันเจียงวัดอุประสงค์การวิจัย และลงบันทึกข้อมูลผลเลือดของตนเองในสมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องในภายหลัง)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2568 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการโค้ชด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงให้แก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล

แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการ เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะ ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ทั้งนี้ กลุ่มทดลองเข้าร่วม กิจกรรมไม่ครบ จำนวน 2 คน และรับประทานยารักษาโรค ทางหูที่มีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง จำนวน 1 คน คงเหลือจำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุมเดินทางไป ต่างจังหวัด จำนวน 1 คน คงเหลือจำนวน 41 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 48.69 ปี ($SD = 11.83$) มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.42 มีอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 97.43 และมี ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.00–24.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.02 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.54 มีอายุเฉลี่ย 53.68 ปี ($SD = 10.74$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือ ต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.35 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.46 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 97.56 และมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50–22.99 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.14 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ

กลุ่มควบคุม พบว่า เพศ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการ ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุม ภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.098, p < .001$ และ $t = 5.918, p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล รวม ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และ ค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.019, p < .05$; $t = 1.984, p < .05$ และ $t = 2.155, p < .05$ ตามลำดับ) แต่มี ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่าง จากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมัน ในเลือดสูง ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ย ระดับไตรกลีเซอไรด์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม ภาวะไขมันในเลือดสูงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.715, p < .05$) และมี ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.477, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด
(คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์)
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 39)						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	80.10	6.14	85.84	7.67	4.098	< .001
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	43.69	5.10	48.69	4.09	5.918	< .001
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	229.89	23.59	222.02	28.25	2.019	.025
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	47.87	10.09	49.28	7.77	1.094	.140
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	163.05	22.64	155.97	27.61	1.984	.027
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	152.64	76.46	121.43	62.86	2.155	.015
กลุ่มควบคุม (n = 41)						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	78.82	12.29	75.07	11.46	1.715	.047
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	42.21	5.58	43.68	6.00	1.191	.120
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	230.34	25.52	246.07	36.87	1.477	.002
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	49.70	16.69	50.41	12.86	.306	.380
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	160.26	36.70	168.34	38.88	1.477	.073
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	164.87	81.76	168.17	77.01	.215	.401

3. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม ค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.912$, $p < .001$ และ $t = 4.338$, $p < .001$ ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.262$, $p < .01$ และ $t = 2.965$, $p < .01$ ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด
(คอเลสเตอรอลรวม เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์)
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 41)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	80.10	6.14	78.82	12.29	.582	.563
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	43.69	5.10	42.21	5.58	1.229	.223
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	229.89	23.59	230.34	25.52	.081	.936
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	47.87	10.09	49.70	16.69	.591	.556
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	163.05	22.64	160.26	36.70	.406	.686
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	152.64	76.46	164.87	81.76	.701	.486
หลังการทดลอง						
ความรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	85.84	7.67	75.07	11.46	4.912	< .001
พฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง (คะแนน)	48.69	4.09	43.68	6.00	4.338	< .001
ระดับไขมันในเลือด						
คอเลสเตอรอลรวม (mg/dL)	222.02	28.25	246.07	36.87	3.262	.002
เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	49.28	7.77	50.41	12.86	.474	.637
แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (mg/dL)	155.97	27.61	168.34	38.88	1.632	.107
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	121.43	62.86	168.17	77.01	2.965	.004

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุม
ภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า
กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโค้ชด้าน
สุขภาพเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้น
มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง
และการควบคุมระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย
กิจกรรมการสนทนากลุ่ม เพื่อจุดประกายความคิด

ให้กำลังใจ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านทาง
แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจ
เกี่ยวกับการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง การสนทนากลุ่ม
ทำให้ผู้รับการโค้ชได้รับการสนับสนุนจากโค้ชและเพื่อน
เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เพิ่มทักษะการเข้าถึง
ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
มีการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และมีการนำข้อมูล
ไปใช้ในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้
กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.69 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่
มีความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ซึ่ง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้

(İlgün et al., 2015) ดังการศึกษาที่พบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ (วิริยา กันบัวลา และคณะ, 2564) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรดา จันทร์ธมยา และสุภัช จันทร์ธมยา (2568) ที่พบว่า ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามหลัก 3อ 2ส มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างสม่ำเสมอ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม รวมถึงมีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมไขมันในเลือดได้ ทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรดา จันทร์ธมยา และสุภัช จันทร์ธมยา (2568) ที่พบว่า ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามหลัก 3อ 2ส มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลรวม และค่าเฉลี่ยระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และมีค่าเฉลี่ยระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยการสนับสนุนให้บุคคลกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Olsen, 2014) โดยโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมไขมันในเลือด มีการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับไขมันในเลือด และกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามหลัก 3อ 3ล ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งการลดน้ำหนัก การลดแอลกอฮอล์ และการลดอ้วน ทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและมีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การมีโค้ชประจำกลุ่ม และเพื่อนร่วมกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากโค้ชและเพื่อนร่วมกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดให้สำเร็จ

นอกจากนี้ การที่โปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพฯ มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ และมีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง และส่งผลให้มีระดับไขมันในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การโค้ชด้านสุขภาพสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ (Costache et al., 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไต้หวันพบว่า การโค้ชด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วย

สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (Lin et al., 2021) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลรวม ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอลระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง (Luo, Jin, Li, Cui, & Jiang, 2021)

สำหรับระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลายปัจจัย แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้น แต่การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอก็ทำให้ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้นได้ไม่ชัดเจน (Buzdagli, Tekin, Eyipinar, Öget, & Siktari, 2022) นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดต้องบริโภคอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว เช่น น้ำมันมะกอก อาหารที่มีกากใยสูง ถั่ว ข้าวไม่ขัดสี ในปริมาณที่เพียงพอ จึงจะช่วยเพิ่มระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดได้ (Hernández et al., 2019) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กำหนดชนิดและปริมาณของการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร จึงทำให้ได้ผลไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้การเพิ่มของระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดเป็นเรื่องยากหากบุคคลนั้นมีระดับเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ในเลือดต่ำอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมโค้ชด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับไขมันในเลือด ทั้งนี้ โค้ชต้องมีทักษะในการรับฟังอย่างลึกซึ้งและไม่ตัดสิน และควรมีการติดตามผลและเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มกิจกรรมการกำกับติดตามให้มีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเพียงพอ รวมถึงมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *สวรงค์ประชากรศาสตร์ เวชสาร*, 18(2), 142-155.
- นสพ. เอโอ, วิภาพร ลิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ วัฒนวิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบขโมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพ.พิษณุโลก*, 5(2), 129-139.

- มิตรธิดา แจ่มใส, วิภาพร ลิขิตศาสตร์, และธิดิรัตน์ ราศิริ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *ราชวาทิศารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 14(1), 20–36.
- วนิดา พลเดช. (2560). ต้นแบบการโค้ชวิถีไทย: ประยุกต์พุทธปรัชญาสู่การโค้ชบนพื้นฐานสติ. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 31(97), 125–136.
- วิริยา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอาภรณ์ ดีนาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 1–14.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ อินตา, และอนุลักษณ์ ไจวงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1), 1–14.
- ศุภรดา จันทร์ถมยา, และศุภภัช จันทร์ถมยา. (2568). ประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพอำเภอเกียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(2), 741–749.
- Buzdagli, Y., Tekin, A., Eyipinar, C. D., Öget, F., & Siktir, E. (2022). The effect of different types of exercise on blood lipid profiles: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Science & Sports*, 37(8), 675–687. doi:10.1016/j.scispo.2022.07.005
- Costache, I. I., Dmour, B. A., Costache, A. D., & Botnariu, G. (2022). Dyslipidemia and cancer - more than a simple association. *Annals of Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 1(1), 1001. Retrieved from <https://meddocsonline.org/annals-of-endocrinology-diabetes-and-metabolism/dyslipidemia-and-cancer-more-than-a-simple-association.pdf>
- Grant, A. M. (2014). The efficacy of executive coaching in times of organisational change. *Journal of Change Management*, 14(2), 258–280. doi:10.1080/14697017.2013.805159
- Hernández, Á., Sanllorente, A., Castañer, O., Martínez-González, M. Á., Ros, E., Pintó, X., ... Fitó, M. (2019). Increased consumption of virgin olive oil, nuts, legumes, whole grains, and fish promotes HDL functions in humans. *Molecular Nutrition & Food Research*, 63(6), e1800847. doi:10.1002/mnfr.201800847
- İlgün, G., Turaç, İ. S., & Orak, S. (2015). Health literacy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 2629–2633. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.944

- Liddy, C., Johnston, S., Nash, K., Ward, N., & Irving, H. (2014). Health coaching in primary care: A feasibility model for diabetes care. *BMC Family Practice*, 15(1), 60. doi:10.1186/1471-2296-15-60
- Lin, C. L., Huang, L. C., Chang, Y. T., Chen, R. Y., & Yang, S. H. (2021). Effectiveness of health coaching in diabetes control and lifestyle improvement: A randomized-controlled trial. *Nutrients*, 13(11), 3878. doi:10.3390/nu13113878
- Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., ... Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 917–925. doi:10.1016/j.pec.2021.07.020
- Luo, Q., Jin, P., Li, H., Cui, K., & Jiang, T. (2021). Effects of integrated health education combined with life intervention on patients with coronary atherosclerotic heart disease complicated with hyperlipidemia. *American Journal of Health Behavior*, 45(5), 843–848. doi:10.5993/AJHB.45.5.4
- Nouh, F., Omar, M., & Younis, M. (2019). Risk factors and management of hyperlipidemia (Review). *Asian Journal of Cardiology Research*, 2(1), 1–10. doi:10.9734/AJCR/2019/45449
- Olsen, J. M. (2014). Health coaching: A concept analysis. *Nursing Forum*, 49(1), 18-29. doi:10.1111/nuf.12042

ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Effects of Teaching and Learning Management Using Virtual Simulation Situations on Clinical Judgement Skills of Nursing Students

นิสาร์ตน รวมวงษ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Nisarat Ruamwong, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies) ²

กุลธิดา นึกสม, พย.บ. ³

Maturada Bunjongkam, Ph.D. (Nursing Studies) ²

Kunlathida Nuksom, B.N.S. ³

Received: October 9, 2025

Revised: December 13, 2025

Accepted: December 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาควิชาการศึกษปีที่ 1 และภาควิชาการศึกษปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 150 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2567 และในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน one-way repeated measures ANOVA (ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni) และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kunlathida@pnc.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในขั้นชำนาญ 2) ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกทุกด้านของนักศึกษาพยาบาล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ และด้านการสะท้อนผลลัพธ์ และ 3) คะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 120.450, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลที่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกขั้นต่ำ เพิ่มชั่วโมงฝึกในห้องปฏิบัติการจำลอง และใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น AI clinical reasoning tools รวมทั้งประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอน สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก
นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of teaching and learning management using virtual simulation situations on clinical judgement skills of nursing students. The samples were 150 fourth-year nursing students studying at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, in the first and second semesters of the academic year 2024. The research instruments included the teaching and learning management plan using virtual simulation situations, a general data questionnaire, and the Thai version of Lasater Clinical Judgement Rubric (T-LCJR) with a reliability of .81. The implementation and data collection were conducted from June to July 2024 and October to December 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, one-way repeated measures ANOVA (multiple comparisons by the Bonferroni method), and content analysis.

The research results revealed that 1) most nursing students reached the proficient level of clinical judgement skills; 2) every aspect of clinical judgement skills of nursing students was continuously developed, especially the responding and reflecting aspects; and 3) before and after teaching and learning management, and at the end of the practicum, the students showed a statistically significantly different mean score of clinical judgement skills ($F = 120.450, p < .001$).

This research suggests that nursing instructors should design suitable virtual simulation situations for nursing students with low clinical judgement skills, increase practice hours in the simulation laboratory, and integrate supportive technologies such as

AI clinical reasoning tools, as well as provide continuous evaluation and feedback. This will help enhance good learning outcomes.

Keywords: Teaching and learning management, Virtual simulation situations, Clinical judgement skills, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในศตวรรษที่ 21 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและการจัดการศึกษาทางการแพทย์ในประเทศไทย การผลิตบัณฑิตพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และตอบสนองความต้องการของประชาชน ชุมชน และสังคมอย่างมีคุณภาพ กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดนโยบายให้การเรียนการสอนมุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การระดมสมอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำกรณีศึกษา (Martella & Schneider, 2024) เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อวิชาชีพ

การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) เป็นสมรรถนะหลักของวิชาชีพพยาบาลที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2561; American Association of Colleges of Nursing, 2021; Manetti, 2019) เป็นทักษะที่สะท้อนความแตกต่างระหว่างพยาบาลที่มีประสบการณ์กับผู้เริ่มปฏิบัติการ และสมรรถนะนี้ยังถูกใช้เป็นเกณฑ์สำคัญในการประเมินความพร้อมของบัณฑิตพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษาเพื่อไปปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกครอบคลุมการประเมินสภาพ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การเลือกแนวทางการรักษา การคาดการณ์ผลลัพธ์ และการสะท้อนคิด (Alfaro-

LeFevre, 2013; Tanner, 2006) ซึ่งเป็นทั้งทักษะพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย แนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) ได้รับการพัฒนาเป็นกรอบการประเมินโดย Lasater (2007) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยตรีชฎา ปุณสรสำเร็จ, สุพรรณิกัมมหลีก, และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2563) ทำให้สามารถนำมาใช้ประเมินทักษะของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ

การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (virtual simulation situations) เป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่สำคัญซึ่งถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้นในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เนื่องจากเป็นวิธีการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงทางคลินิกมากที่สุด (Davitadze et al., 2022) และเป็นการส่งเสริมความมั่นใจและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล (ดวงใจพรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์, และวิไลพร รังควัต, 2562; Al Sabei & Lasater, 2016) เนื่องจากเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และใช้เหตุผลเชิงคลินิกภายใต้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริง จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น (ดวงกมล หน่อแก้ว และคณะ, 2561)

การประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ใกล้สำเร็จการศึกษา โดยเฉพาะในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น (Primary Medical Care) และรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น (Primary Medical Care Practicum) นั้น

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาอยู่ในระดับ M (mastery) ที่ต้องประเมินระดับความชำนาญในด้านความรู้หรือการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลในรายวิชาต่างๆ และจากผลการสำรวจรูปแบบการเรียนรู้ (learning style) ของผู้เรียนโดยฝ่ายวิชาการของสถาบัน ปีการศึกษา 2566 พบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบการเคลื่อนไหวหรือลงมือปฏิบัติ (kinesthetic learners) ร้อยละ 64.30 กล่าวคือ เป็นกลุ่มผู้เรียนที่จำเป็นต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง มีประสบการณ์จริงกับเรื่องต่างๆ จึงจะสามารถประมวลความรู้และมีความเข้าใจในบทเรียนได้ดี สอดคล้องกับการสอบถามความต้องการของผู้เรียน โดยการสนทนากลุ่มผู้เรียน จำนวน 20 คน ก่อนออกแบบการเรียนการสอน โดยผู้เรียนสะท้อนปัญหาว่า รายวิชาข้างต้นมีความซับซ้อน ต้องมีการนำความรู้จากวิชาการพยาบาลสาขาต่างๆ และวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลมาประยุกต์ในการประเมินสุขภาพ (health assessment) เพื่อวิเคราะห์อาการและตัดสินใจ วินิจฉัยแยกโรคให้การรักษาเบื้องต้น และทำหัตถการภายใต้ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล อันเป็นบทบาทที่แตกต่างจากรายวิชาอื่นๆ ซึ่งการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดถึงเหตุการณ์รวมถึงเหตุผลในการตัดสินใจในการปฏิบัติ ความรู้สึกขณะปฏิบัติ และมีภาพจดจำจากสถานการณ์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดเป็นความรู้ที่คงทนมากกว่าการฟังจากการบรรยาย (Guerrero, Attallah, Gomma, & Ali, 2024)

จากข้อมูลข้างต้น การศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองความต้องการของวิชาชีพและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้น

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้น

สมมติฐานการวิจัย

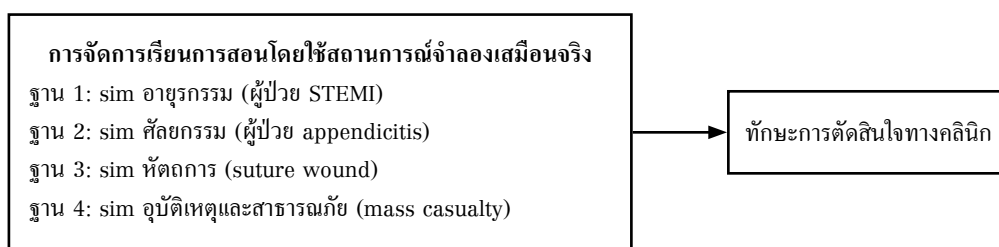
ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษายาบาลขั้นต้น นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) ตาม NLN Jeffries Simulation Theory (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015) ซึ่งมี 5 องค์ประกอบสำคัญ ในการจัดการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐาน ได้แก่ บริบท ภูมิหลัง การออกแบบ ประสบการณ์จำลอง และผลลัพธ์การเรียนรู้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เผชิญกับสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงทางคลินิก โดยเน้นการมีส่วนร่วม การคิดวิเคราะห์ และการสะท้อนผลการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจทางคลินิก อันเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการตัดสินใจทางคลินิก

ของ Lasater (2007) ซึ่งครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การตั้งข้อสังเกต (noticing) การตีความ (interpreting) การตอบสนอง (responding) และการสะท้อนคิด (reflecting) การออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการตัดสินใจในบริบทที่แตกต่างกัน เพิ่มความสามารถในการปรับตัวและการคิดอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ที่มีความหลากหลายทั้งด้านเนื้อหา ความซับซ้อน และบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งการรับรู้ข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจทางคลินิก และการสะท้อนผลการตัดสินใจ ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง คือ การพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และวัดซ้ำ (one-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 1 และภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 150 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น ในภาคการศึกษาที่ 1 และรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 2) ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรค

ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอน รวมจำนวน 8 คน ร่วมกันออกแบบโดยอิงตามแนวทางการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) ในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น และรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ประกอบด้วย 4 แผน เนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยด้านอาชुरกรรม ด้านศัลยกรรม ด้านหัตถการ และด้านอุบัติเหตุและ

สาขารณภัย โดยผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนเลือกโรคที่พบบ่อย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และหัตถการที่พบบ่อย ดังนี้ ฐาน 1: sim อายุรกรรม (ผู้ป่วย STEMI) ฐาน 2: sim ศัลยกรรม (ผู้ป่วย appendicitis) ฐาน 3: sim หัตถการ (suture wound) และฐาน 4: sim อุบัติเหตุและสาขารณภัย (mass casualty) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าฐาน กลุ่มละ 8-9 คน แต่ละคนต้องเข้าครบทั้ง 4 ฐาน และมีการสลับบทบาท เพื่อให้ได้เรียนรู้บทบาทที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีการสะท้อนผลลัพท์การเรียนรู้และให้ข้อมูลป้อนกลับโดยอาจารย์ประจำฐานทุกครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือสำหรับอาจารย์ผู้สอน และคู่มือสำหรับนักศึกษา โดยเนื้อหาหลักเป็นรายละเอียดของแต่ละรายวิชา ที่ประกอบด้วย คำอธิบายรายวิชา ผลลัพท์การเรียนรู้ระดับรายวิชา เนื้อหาแต่ละบทเรียน เอกสารประกอบและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และวิธีการวัดผลลัพท์การเรียนรู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ และอายุ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย (The Thai version of Lasater Clinical Judgement Rubric [T-LCJR]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิก ของ Tanner (2006) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยตรีชฎา ปุณสำเร็จ และคณะ (2563) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสังเกตเห็น (noticing) จำนวน 3 ข้อ ด้านการแปลความหมาย (interpreting) จำนวน 2 ข้อ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responding) จำนวน 4 ข้อ และด้านการสะท้อนผลลัพท์ (reflecting) จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบรูบริก (rubric score)

แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 11-44 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น (beginning) (11-19 คะแนน) ขั้นกำลังพัฒนา (developing) (20-28 คะแนน) ขั้นชำนาญ (proficient) (29-36 คะแนน) และขั้นแบบอย่าง (exemplary) (37-44 คะแนน) ทั้งนี้ แบบวัดฉบับภาษาไทยมีการหาค่าความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 181 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 (ตรีชฎา ปุณสำเร็จ และคณะ, 2563)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอบเบื้องต้น) และพยาบาลพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอบเบื้องต้น) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 003/66 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์

สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของอาจารย์ผู้สอน ในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น และรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยแจกคู่มือสำหรับอาจารย์ผู้สอน ประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จากนั้นเตรียมความพร้อมของนักศึกษา โดยแจกคู่มือสำหรับนักศึกษา ปฐมนิเทศรายวิชา ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง รวมถึงอธิบายหลักการ ประโยชน์ และกระบวนการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อสร้างความเข้าใจและความพร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษา

3. ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนดำเนินการจัดการเรียนการสอนกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น (ภาคทฤษฎี) ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 โดยจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้ง 4 ฐาน

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ตอบแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) ครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้เขียนการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน

5. ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดจันทบุรี หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ภายในระยะ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ตอบแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) ครั้งที่ 2

โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ภายในระยะ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้อาจารย์นิเทศและพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลแต่ละคน โดยใช้แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเตอร์ฉบับภาษาไทย และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2567 และในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทักษะการตัดสินใจทางคลินิกหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ โดยนักศึกษาพยาบาลประเมินตนเอง อาจารย์นิเทศประเมิน และพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมิน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลทักษะการตัดสินใจทางคลินิกรายด้าน ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way repeated measures ANOVA โดยตรวจสอบข้อมูลพบว่าการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ (Norman, 2010) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.67 และมีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 18-34 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.67

2. ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยนักศึกษาพยาบาลประเมินตนเอง อาจารย์นิเทศประเมิน และพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมิน พบว่า หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในขั้นชำนาญ (proficient) คิดเป็นร้อยละ 68.67 รองลงมา คือ ขั้นแบบอย่าง (exemplary) คิดเป็นร้อยละ 17.33 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนอาจารย์นิเทศประเมินว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในขั้นชำนาญ (proficient) คิดเป็นร้อยละ 68.67 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รองลงมา คือ ขั้นแบบอย่าง (exemplary) คิดเป็นร้อยละ 17.33 แสดงว่ามึนักศึกษาพยาบาลบางส่วนที่มีความสามารถโดดเด่นในการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์หรือได้รับ

การส่งเสริมจากพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกและอาจารย์นิเทศอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ขั้นกำลังพัฒนา (developing) มีร้อยละ 13.33 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

สำหรับพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมินว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในขั้นชำนาญ (proficient) คิดเป็นร้อยละ 85.34 ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการใช้กระบวนการคิดเชิงคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์จริงทางการพยาบาล รองลงมา คือ ขั้นกำลังพัฒนา (developing) คิดเป็นร้อยละ 9.33 ซึ่งอาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมจากพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกหรือการฝึกฝนในสถานการณ์จริงมากขึ้น ในขณะที่ขั้นแบบอย่าง (exemplary) ซึ่งเป็นขั้นสูงสุดของทักษะการตัดสินใจทางคลินิก มีร้อยละ 5.33 แสดงถึงความโดดเด่นในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจที่มีความลึกซึ้งและแม่นยำ และพบว่าไม่มีนักศึกษาพยาบาลอยู่ในขั้นเริ่มต้น (beginning) ซึ่งหมายความว่า ทุกคนมีพื้นฐานการคิดเชิงคลินิกในระดับที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาพยาบาล (n = 150) จำแนกตามการตัดสินใจทางคลินิก 4 ขั้น โดยนักศึกษาพยาบาลประเมินตนเอง อาจารย์นิเทศประเมิน และพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมิน

การตัดสินใจทางคลินิก	นักศึกษาพยาบาลประเมินตนเอง		อาจารย์นิเทศประเมิน		พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกประเมิน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขั้นเริ่มต้น (beginning)	1	.67	1	.67	0	.00
ขั้นกำลังพัฒนา (developing)	20	13.33	20	13.33	14	9.33
ขั้นชำนาญ (proficient)	103	68.67	103	68.67	128	85.34
ขั้นแบบอย่าง (exemplary)	26	17.33	26	17.33	8	5.33

3. ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกรายด้านของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นพบว่า ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกทุกด้านมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responding) และด้านการสะท้อนผลลัพธ์ (reflecting) ที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ซึ่งสะท้อนว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วย

เสริมสร้างความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย และความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินการปฏิบัติงานของตนเอง ในขณะที่ด้านการแปลความหมาย (interpreting) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น แม้จะมีการพัฒนาที่ตาม แสดงว่านักศึกษาพยาบาลยังต้องการการส่งเสริมความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการทำความเข้าใจกับปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพอย่างยั่งยืน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทักษะการตัดสินใจทางคลินิกรายด้านของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น (n = 150)

ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก	ก่อนเรียนทฤษฎี			หลังเรียนทฤษฎี			หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
ด้านการสังเกตเห็น (noticing)	6.19	1.54	developing	7.09	1.58	developing	8.85	1.37	developing ใกล้ proficient
ด้านการแปลความหมาย (interpreting)	4.00	1.15	developing	4.47	1.06	developing	5.81	1.01	developing ใกล้ proficient
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responding)	8.91	2.05	developing	9.74	2.11	developing	12.12	1.75	proficient
ด้านการสะท้อนผลลัพธ์ (reflecting)	4.80	1.03	developing	4.99	1.14	developing	6.21	1.03	proficient

4. การเปรียบเทียบทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของ

นักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 120.450, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก หลังการจัดการเรียนการสอน และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ สูงกว่า

ก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติสูงกว่าหลังการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

เสมือนจริงมีผลต่อการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอย่างชัดเจน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ช่วยเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ให้เพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลชั้นต้น ($n = 150$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	6,351.29	2	3,175.64	120.450	< .001
ความคลาดเคลื่อน	7,742.36	294	26.34		
รวม	14,093.65	296			

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลชั้นต้น ($n = 150$)

ช่วงเวลา	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนเรียนทฤษฎี	หลังเรียนทฤษฎี	หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ
ก่อนเรียนทฤษฎี	21.41	-	6.07*	18.07*
หลังเรียนทฤษฎี	27.48	-	-	12.00*
หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ	39.48	-	-	-

* $p < .001$

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล (เป็นพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกจำนวน 5 แหล่ง แหล่งละ 2 คน รวมจำนวน 10 คน ครอบคลุมทุกแผนกที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติ และเป็นผู้ที่กำกับดูแลนักศึกษาโดยตรง) พบ 3 theme หลัก ที่สะท้อนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

5.1 การรับรู้ การแสวงหา และการตีความข้อมูล (noticing, data seeking, and interpretation) ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การสังเกตสถานการณ์ ไปจนถึงการทำความเข้าใจและการจัดลำดับความสำคัญของข้อมูล ซึ่งเป็นรากฐานของการตัดสินใจทางคลินิกจากการสังเกตและการแสวงหาข้อมูลเฉพาะเจาะจง: ผู้ให้ข้อมูล “นักศึกษามีความกระตือรือร้น รับรู้ข้อมูล

จากผู้รับบริการ การมอบหมายจากพยาบาลที่นิเทศ และมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลที่หลากหลาย นำมาประกอบการแปลข้อมูลได้ดี เด็ก ๆ ใช้เทคโนโลยีได้คล่องแคล่วกว่าพี่ ๆ การใช้ AI ช่วยสร้างสรรค์ และการขอคำแนะนำจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 1 และ 4) แต่ยังพบปัญหาในการจัดการข้อมูลที่ซับซ้อน “การจัดการกับ case ที่มาพร้อมกับอาการซับซ้อน รวมถึงการนำข้อมูลที่ได้มารายงานหรือนำเสนอเพื่อวางแผนการดูแล ยังเป็นโอกาสพัฒนา อาจเนื่องจากประสบการณ์ของนักศึกษาด้วย ยังคงต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดในรายที่มีปัญหาซับซ้อน” (ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 คน)

5.2 การตอบสนองและการจัดการสถานการณ์ทางคลินิก (response and clinical situation management) ขณะปฏิบัติงานจริง ทักษะทางเทคนิค การสื่อสาร และการจัดการอารมณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ

- ทักษะการปฏิบัติและการจัดการทางเทคนิค: “น้อง ๆ ยังให้ความสำคัญกับทักษะทางเทคนิค เช่น sterile technique หลักการควบคุมการติดเชื้อ (infectious control) น้อยไป พบการละเมิดหลักการ sterile technique บ่อย” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 9 และ 10)

- การจัดการอารมณ์และการรับมือกับความเครียด: “เวลาที่เจอกับเหตุการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมไม่พอใจ โวยวาย หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด เด็ก ๆ สงบ และจัดการกับสถานการณ์ได้ดี เช่น การกล่าวขอโทษผู้รับบริการ การขอคำปรึกษาการช่วยเหลือจากพยาบาลที่ดูแล ถึงแม้พอมายุกับน้อง ๆ หลังเหตุการณ์สงบ ว่าจริง ๆ แล้วหนูกลัวมาก แต่ตอนที่หนูฝึกในสถานการณ์จำลองมีการเตรียมสถานการณ์แบบนี้ไว้ หนูเลยมีประสบการณ์เวลาจริงมันเลยลดความตื่นเต้น การเสริมสร้างความมั่นใจในสถานการณ์จริง จึงสามารถควบคุมและแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 5)

- การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์: “น้องนักศึกษา

พูดจาไพเราะ ค่ะ ขา มีการแนะนำตัว กริยาอ่อนน้อม ผู้ป่วยกล่าวชม สื่อสารได้อย่างชัดเจนและสุภาพ โดยมีการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ถ้าเข้าไปพูดคุยกับผู้รับบริการทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ พม่า กัมพูชา พยายามสื่อสาร ได้บ้างไม่ได้บ้าง รวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและคนรอบข้างให้มีความเข้าใจขั้นตอนการรับบริการ” (ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 คน) แต่สิ่งที่เป็โอกาสพัฒนา “น้องบางคนเสียงดังเกินไป เวลาพูดกับคนไข้อาจลืมใส่หางเสียง เลยดูเหมือนตะกอกผู้สูงอายุ” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 3)

5.3 การสะท้อนคิดและการมุ่งมั่นพัฒนาตนเอง (reflection and commitment to self-development) กระบวนการประเมินตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ และความตั้งใจในการพัฒนาความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่อง

- การประเมินและวิเคราะห์ตนเอง: “น้อง ๆ ประเมินและวิเคราะห์ตนเองได้ว่าได้ทำอะไรไปตามบทบาทและวางแผนอย่างไร ถ้าพูดคุยสอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมถึงพร้อมที่จะรับฟังทุกสถานการณ์ และควบคุมอารมณ์ได้” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 6 และ 10)

- การเรียนรู้จากความผิดพลาด: “เวลาที่มีความผิดพลาด มีการกล่าวถึงการยอมรับความผิดพลาด และการแจ้งคนไข้เพื่อขออนุญาตแก้ไขเหตุการณ์ มีการขอโทษที่เสียง และขอโอกาสพัฒนาจากพี่เลี้ยงและแพทย์” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 3, 6 และ 7)

- การมุ่งมั่นที่จะพัฒนา: “มีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการขอคำแนะนำขออาสาเพิ่มพูนประสบการณ์ และเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ พี่เลี้ยง และแพทย์ เพื่อเติมเต็มความรู้และประสบการณ์” (ผู้ให้ข้อมูลหมายเลข 4)

ทั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่า การเตรียมนักศึกษาโดยการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยทำให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติอย่างมั่นใจ มีเหตุผล

และสามารถสื่อสารกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลข้างต้นทั้งหมด ผลลัพธ์โดยรวม คือ นักศึกษามีพัฒนาการเด่นชัดในทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลขั้นต้น นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในขั้นชำนาญ (proficient) และบางส่วนอยู่ในขั้นแบบอย่าง (exemplary) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถกระตุ้นการคิดเชิงวิเคราะห์และพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาเชิงระบบ รวมทั้งการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริง อีกทั้งมีโอกาสดำรงเหตุการณ์วิเคราะห์ข้อมูล และเลือกแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมโดยไม่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในผู้ป่วยจริง การพัฒนาความสามารถดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Tanner's Clinical Judgment Model (Tanner, 2006) ที่อธิบายการก้าวหน้าของพยาบาลจากระดับเริ่มต้น (novice) ไปสู่ระดับชำนาญ (proficient) ผ่านการเผชิญประสบการณ์ในสถานการณ์จริงหรือลักษณะใกล้เคียงความเป็นจริง เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และการตัดสินใจของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่า องค์ประกอบของการตัดสินใจ

ทางคลินิกที่พัฒนาได้ชัดเจนของนักศึกษาพยาบาล คือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responding) และการสะท้อนผลลัพธ์ (reflecting) ซึ่งเป็นการสะท้อนว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถสร้างการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ แสดงถึงความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและแม่นยำ รวมทั้งความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินการปฏิบัติงานของตนเอง สอดคล้องกับที่ Lasater (2007) กล่าวว่า การพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดและความสามารถในการประเมินตนเองในระยะยาว ได้รับการเสริมสร้างโดยผ่านกิจกรรมการสะท้อนคิด (structured reflection) และการให้คำแนะนำจากอาจารย์และพี่เลี้ยง (mentoring) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนาแล้ว แต่ในด้านการแปลความหมาย (interpreting) ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และทำความเข้าใจกับปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษพยาบาลขั้นต้น นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกหลังการจัดการเรียนการสอน และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติสูงกว่าหลังการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีผลต่อการเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลอย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนี้ยังสะท้อนแนวคิด Tanner's Clinical Judgment Model (Tanner, 2006) ที่เน้นว่า การเรียนรู้ที่มี

ประสิทธิภาพเกิดจากการลงมือปฏิบัติ (concrete experience) และการสะท้อนคิด (reflective observation) ซึ่งการฝึกจากสถานการณ์จำลองช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลได้ทดลองตัดสินใจ และเรียนรู้จาก ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังพบความแตกต่าง ระหว่างบุคคลของนักศึกษาพยาบาล บางคนมีการพัฒนา ที่ชัดเจน ขณะที่บางคนยังอยู่ในขั้นกำลังพัฒนา (developing) ปัจจัยดังกล่าวอาจเกิดจากพื้นฐานความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Shinnick, Woo, and Evangelista (2012) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยพัฒนาทักษะ การเรียนรู้และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างของนักศึกษา ที่มีผลต่อการได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดังนั้นจึงควรออกแบบ กิจกรรมการเรียนการสอนที่ยืดหยุ่น หลากหลาย และ ตอบสนองต่อความแตกต่างของนักศึกษา เพื่อส่งเสริม ศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลแต่ละคนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยใช้การจัด study group การทำ practice quizzes และการแบ่งเวลาเรียนอย่างมีระบบ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การเรียนของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษา ของ Sulaiman et al. (2023) ที่พบว่า การทำแบบฝึกหัด กลุ่ม การทำแบบทดสอบ และจำนวนชั่วโมงการเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเรียนของ นักศึกษาพยาบาล

สำหรับผลการวิจัยในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เสียงในแหล่งฝึกสะท้อนว่า นักศึกษาพยาบาลยังมี ปัญหาในการจัดการข้อมูลที่ซับซ้อน ซึ่งอาจเนื่องจาก นักศึกษามีประสบการณ์น้อย สอดคล้องกับแนวคิด ของ Benner (1984) ที่ชี้ว่า ผู้ฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (novice) และผู้เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (advanced

beginner) ต้องใช้คู่มือ ระเบียบ กฎเกณฑ์ ในการกำกับ ดูแลใกล้ชิด รวมทั้งการเพิ่มประสบการณ์ และการชี้แนะ (coaching) เพื่อยกระดับทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และวางแผนการพัฒนาความก้าวหน้าของวิชาชีพ ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการพัฒนาต่อไป นอกจากนี้ ที่เสียงในแหล่งฝึกยังรายงานว่า นักศึกษาพยาบาลมีความ สงบ ควบคุมอารมณ์ รับมือกับสถานการณ์ตึงเครียด และ สื่อสารเชิงให้กำลังใจได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ประสบการณ์ จากการฝึกในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยลด ความตื่นเต้นและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองที่มีโครงสร้างที่ดี จะช่วย เพิ่มความรู้ สมรรถนะทางคลินิก และความมั่นใจ พร้อมทั้ง ลดความกังวลของนักศึกษาพยาบาล (Daneshfar & Moonaghi, 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนัยรัตน์ บุญศิลป์ (2560) ที่พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจใน ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น กล้าประเมินและวิเคราะห์ ตนเอง ยอมรับความผิดพลาด ขอคำแนะนำ และแสวง โอกาสฝึกเพิ่ม

จากการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่า การเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยพัฒนาทักษะ การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้อย่าง ชัดเจน นักศึกษาส่วนใหญ่ก้าวสู่ขั้นชำนาญ (proficient) และบางส่วนถึงขั้นแบบอย่าง (exemplary) ซึ่งแสดงถึง ศักยภาพความพร้อมของบัณฑิตพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยจริง อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องเสริมการเรียนรู้ ในด้านการแปลความหมาย และการนำทักษะไปใช้ ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาทักษะ การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลให้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการดูแลผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
อาจารย์พยาบาลควรมีการออกแบบสถานการณ์

จำลองเสมือนจริงที่เหมาะสมกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ที่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกขั้นต่ำ เพิ่มชั่วโมงฝึกในห้องปฏิบัติการจำลอง และใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น AI clinical reasoning tools รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการตัดสินใจทางคลินิกต่อการดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์จริงของนักศึกษาพยาบาล เช่น ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติ

เอกสารอ้างอิง

- ดวงกมล หน่อแก้ว, ปาจริย์ ตรินนท์, ณัฐชยาน์ ชาบัวคำ, นวพล แก่นบุปผา, ลำเจียก เทียนทอง, และชนุกร แก้วมณี. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 84–95.
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์, และวิไลพร รั้งควัด. (2562). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมกระสะท้อนคิดและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 57–71.
- ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, สุพรรณิ กัณหดิลก, และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2563). แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของสาขาเทอร์นัลภาษาไทย: คุณภาพของเครื่องมือ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(1), 14–26.
- สภาการพยาบาล. (2561). *สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/9999.pdf>
- สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 23(1), 113–127.
- Al Sabei, S. D., & Lasater, K. (2016). Simulation debriefing for clinical judgment development: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 45, 42–47. doi:10.1016/j.nedt.2016.06.008
- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical guide* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: Core competencies for professional nursing education*. Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021.pdf>

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Daneshfar, M., & Moonaghi, H. K. (2025). The impact of clinical simulation on bridging the theory–practice gap in nursing education: A systematic review. *BMC Medical Education*, 25(1), 1216. doi:10.1186/s12909-025-07790-8
- Davitadze, M., Ooi, E., Ng, C. Y., Zhou, D., Thomas, L., Hanania, T., ... Kempegowda, P. (2022). SIMBA: Using Kolb’s learning theory in simulation-based learning to improve participants’ confidence. *BMC Medical Education*, 22(1), 116. doi:10.1186/s12909-022-03176-2
- Guerrero, J. G., Attallah, D. M., Gomma, N. H., & Ali, S. A. (2024). Improvements in practising nurses’ knowledge, skills, self-efficacy, confidence, and satisfaction after a simulated clinical experience of caring for a patient undergoing chemotherapy: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(1), 66. doi:10.1186/s12912-024-01727-0
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292–293. doi:10.5480/1536-5026-36.5.292
- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 496–503. doi:10.3928/01484834-20071101-04
- Manetti, W. (2019). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 102–110. doi:10.1111/nuf.12303
- Martella, A. M., & Schneider, D. W. (2024). A reflection on the current state of active learning research. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 24(3), 119–136. doi:10.14434/josotl.v24i3.35263
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. doi:10.1007/s10459-010-9222-y
- Shinnick, M. A., Woo, M., & Evangelista, L. S. (2012). Predictors of knowledge gains using simulation in the education of prelicensure nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 28(1), 41–47. doi:10.1016/j.profnurs.2011.06.006
- Sulaiman, M. H., Jasim, M. S., Abd Ahmed, A., Ahmed, A. A., Ibrahim, R. H., & Al-Mashhadany, O. I. (2023). A winning formula for nursing education: Effective study strategies and techniques. *Teaching and Learning in Nursing*, 18(4), e142–e145. doi:10.1016/j.teln.2023.05.001
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. doi:10.3928/01484834-20060601-04

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี

The Development of a Perceived Self-efficacy Enhancement Program for Depression Prevention of the Elders in Community, Chanthaburi Province

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ¹

Thitavan Hongitiyanon, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ¹

บรรจง เจนจัดการ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ²

Banjong Janjadkarn, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ²

ทรงศักดิ์ มีมกระโทก, วศ.ด. (วิศวกรรมเกษตร) ³

Songsak Mimgratok, Ph.D. (Agricultural Engineering) ³

Received: July 15, 2025 Revised: December 23, 2025 Accepted: December 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกับผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง แบบสอบถาม

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

² Instructor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tukakik22@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

³ Associate Professor, Faculty of Agricultural Technology, Rambhai Barni Rajabhat University

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 75 และผู้สูงอายุต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($M = 48.81, SD = 4.31$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.549, p < .001$ และ $t = 27.246, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.621, p < .001$) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.878, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.610, p < .001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aimed to develop a perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders and examine the effectiveness of a program. The research was carried out in 3 phases, including 1) situation analysis and identifying needs of the elders; 2) developing a program and testing the feasibility of the program with 14 elders; and 3) improving the program and evaluating the program with the elders, who were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included a perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders, a nine-question depression screening form (9Q), a semi-structured interview form, a program feasibility questionnaire with a reliability of .85, a demographic questionnaire, a test of knowledge regarding self-care for depression prevention with a reliability of .87, and a questionnaire of perceived

self-efficacy for depression prevention with a reliability of .85. The implementation and data collection were conducted from October 2020 to February 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) 75% of the elders presented mild depression, and the elders needed a depression prevention approach; 2) the elders indicated that the level of feasibility of the program was high ($M = 48.81$, $SD = 4.31$); 3) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean scores of knowledge regarding self-care for depression prevention and perceived self-efficacy for depression prevention than before the experiment ($t = 5.549$, $p < .001$ and $t = 27.246$, $p < .001$, respectively), they also had a statistically significantly lower mean score of depression than before the experiment ($t = 14.621$, $p < .001$); and 4) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of perceived self-efficacy for depression prevention than the control group ($t = 19.878$, $p < .001$), they also had a statistically significantly lower mean score of depression than the control group ($t = 16.610$, $p < .001$). However, the elders showed no difference in mean score of knowledge regarding self-care for depression prevention between two groups.

This research suggests that healthcare providers working on elderly mental health in the community should implement this perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders to care for the elders. This will help reduce depression among these elders.

Keywords: Depression, Perceived self-efficacy, Elders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่า ประชากรอายุ 60 ปี

ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) และในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.) โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สิวพร ชุ่มเย็น และศิริไลซ์ วรรณวิจิตร, 2566)

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น มีการพึ่งพิงสูงขึ้น แต่การเกื้อหนุนลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อความว้าเหว่ ขาดสัมพันธภาพ มีปัญหา

สุขภาพจิต จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคซึมเศร้าเป็นภาระอันดับ 5 ในปี ค.ศ. 1990 และอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ที่ทำการประเมินผู้สูงอายุ 11,886 คน ด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่ามีภาวะโรคซึมเศร้า 1,693 คน (กรมกิจการ ผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับการที่ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องเผชิญกับการพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจ ในตนเอง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบ ทางลบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ร้ายแรง คือการฆ่าตัวตาย (มะลิสำ งามศรี และหงษ์ บรรเทิงสุข, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิด ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยทางร่างกาย 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดทางลบ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2564; ธนัชพร ปักษาพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, 2567) ผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ การป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็น การที่ผู้สูงอายุ จะไม่เกิดภาวะซึมเศร้านั้น ต้องสร้างควมมีคุณค่าใน ตนเอง มีชีวิตที่คิดบวก มีความภูมิใจในสิ่งที่ทำ พึ่งพา ตนเองได้ (สุพรรณา แสงพระจันทร์, จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาต, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี, 2559) ปัจจุบันมีแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่หลากหลาย ดังการศึกษาของธนัชพร ปักษาพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567) ที่พบว่า

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การดูแล ตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีในครอบครัว การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ การมี ส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน และการเข้าถึงดิจิทัล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมี โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรมสร้างความคิดทางบวก เพิ่มควมมีคุณค่า ในตนเอง และการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร, 2560) ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ทั้งนี้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่าง ให้สามารถบรรลุความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (Bandura, 1986) หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการดูแลสุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายและกำกับตนเอง จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการเสริมสร้าง การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถสร้างและ พัฒนาได้โดยการมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ดังการศึกษา ของภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะมีการแสดง พฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า

จังหวัดจันทบุรีมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง และเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมี ผู้สูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (สำนักงานสถิติ จังหวัดจันทบุรี, 2563) มีอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายของ ผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 8 ของประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จำนวน 64,433 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 782 คน (กระทรวง

สาธารณสุข, 2568) ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม โดยมีกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการวางแผน การเสริมแรง การให้กำลังใจ และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี โดยมุ่งหวังว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมจะมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

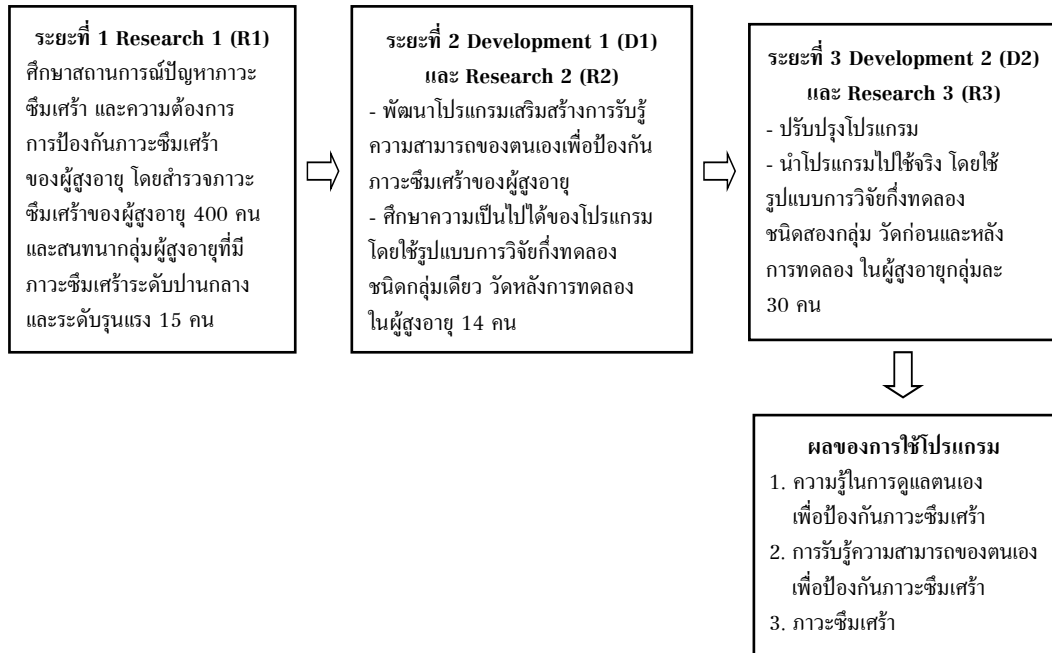
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติการดูแลตนเอง ฝึกการจัดการความเครียด ฝึกการคิดทางบวก การใช้ตัวแบบ การเลียนแบบ การทำกิจกรรม และการเสริมแรง และส่วนที่ 3 การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การชื่นชม และการให้กำลังใจ โดยมุ่งหวังว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 31,494 คน (สำนักงานสถิติ จังหวัดจันทบุรี, 2563) โดยกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ประเมิน

เบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดจันทบุรี 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini-Mental State Examination [MMSE]) และ 5)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2561) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 379 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ประกอบด้วยอำเภอเมืองจันทบุรี จำนวน 106 คน อำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 104 คน อำเภอท่าใหม่ จำนวน 106 คน และอำเภอมะขาม จำนวน 84 คน

และส่วนที่ 2 การสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการ การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับรุนแรง จำนวน 4 คน รวมจำนวน 15 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัด จันทบุรี (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1) จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ประกอบด้วยอำเภอเมืองจันทบุรี จำนวน 5 คน อำเภอนายายอาม จำนวน 3 คน อำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 3 คน และอำเภอแก่งหางแมว จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัด จันทบุรี โดยเลือกอำเภอที่มีผู้สูงอายุระดับพึ่งพิงสูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอนายายอาม อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอแก่งหางแมว (ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 2) โดยมีเกณฑ์การ คัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติ การเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผน การวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาด ตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม power analysis of sample size โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการ ทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (Burns & Grove, 2009 อ้างถึงไนรตันศิริ ทาโต, 2561) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก แล้วจัดกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่ม แบบง่ายโดยการจับฉลาก ทั้งนี้ แต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรม คนละพื้นที่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (2553) ใช้สำหรับการสำรวจภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะ ซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นเกือบทุกวัน และเป็นทุกวัน คะแนนรวม อยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือ มีระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (13-18 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรง (มากกว่า 18 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการ การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่ต้องการ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ความต้องการการส่งเสริมการรับรู้ ของตนเองในการทำกิจกรรมที่ลดภาวะซึมเศร้า และ ความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะ คำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความ สามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบ ที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทาง อารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การฝึกจิต การคิดบวก การฝึกหายใจคลายเครียด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้าง แรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้ความรู้ในการดูแล

ตนเอง การฝึกคิดทางบวก การชมวิดิทัศน์เพื่อเพิ่มกำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและความภาคภูมิใจ การระดมสมองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการทำกิจกรรมฝึกทำลูกประคบ น้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย การชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 14 ชั่วโมง และส่วนที่ 3 การวางแผนเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อเพิ่มคุณค่าตนเอง การเสริมแรง การชื่นชม การให้กำลังใจ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 20 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมในระดับน้อย (12-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) และในระดับมาก (41-60 คะแนน)

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 และปรับปรุงในระยะที่ 3 มีส่วนประกอบส่วนใหญ่เช่นเดียวกับในระยะที่ 2 แต่กิจกรรมในส่วนที่ 2 ไม่มีการฝึกทำน้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย รวมเวลา 18 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุม

เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับน้อย (น้อยกว่า 4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และในระดับมาก (7-10 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่นั่นใจอย่างยิ่ง ไม่นั่นใจ มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (12.00-20.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20.01- 40.00 คะแนน) และในระดับสูง (40.01-60.00 คะแนน)

5. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังรายละเอียดในระยะที่ 1

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์ด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์ด้านการวัดและประเมินผล และพยาบาลจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85, .88, .85, .88 และ .87 ตามลำดับ

ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถาม
ความเป็นไปได้ฯ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองฯ
และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ ไปทดลองใช้
กับผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน หาค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามความเป็นไปได้ฯ และแบบสอบถาม
การรับรู้ความสามารถฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช
ได้ค่าเท่ากับ .85 ทั้ง 2 ชุด และหาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองฯ ด้วยวิธีการของ
คูเตอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏรำไพพรรณี (เอกสารรับรอง เลขที่ RBRU-Hu20/
2563 วันที่ 8 ตุลาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย
และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย
และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก
การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา
เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคมถึง
เดือนธันวาคม 2563 ผู้วิจัย 3 คน และผู้ช่วยผู้วิจัย
5 คน (ผู้ช่วยผู้วิจัยทุกคนได้รับการอบรมวิธีการเก็บ
รวบรวมข้อมูล และมีการทดสอบความเชื่อมั่นในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล) แบ่งกันไปพบกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่
4 อำเภอ รวมจำนวน 400 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัย
อ่านแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้
กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสนทนา
กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและ
ระดับรุนแรง รวมจำนวน 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์
กึ่งโครงสร้าง ณ อำเภอเมืองจันทบุรี

ระยะที่ 2 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2564
ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม
แล้วนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม
(ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)
จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัย
พบผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัดให้
ได้รับโปรแกรมฯ ณ เทศบาลเมืองจันทบุรี เป็นเวลา 3 วัน
ติดต่อกัน โดยวันที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 1
ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน
ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้
ความรู้ในการดูแลตนเอง และการฝึกคิดทางบวก
ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สำหรับวันที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรม
ส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การชมวิดีโอเพื่อเพิ่ม
กำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จ
ในชีวิตและความภาคภูมิใจ และการระดมสมองเพื่อ
ป้องกันภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 6 ชั่วโมง และวันที่ 3
ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 ที่เหลือ ได้แก่ การทำ
กิจกรรมฝึกทำลูกประคบ น้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย
และการชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 5 ชั่วโมง และกิจกรรม
ส่วนที่ 3 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 20 ชั่วโมง
หลังการได้รับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม
ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความ
สามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยใช้เวลาคนละ
ประมาณ 20 นาที จากนั้นสอบถามถึงสิ่งที่ต้องการ
ให้ปรับปรุงทั้งเรื่องกิจกรรมและเวลา เพื่อนำข้อมูลไปใช้
ในการปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2564
ผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง ตามขั้นตอน

ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 25 นาที

3.2 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน โดยวันที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 1 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการฝึกคิดทางบวก ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สำหรับวันที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การชมวิดิทัศน์เพื่อเพิ่มกำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและความภาคภูมิใจ และการระดมสมองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 6 ชั่วโมง และวันที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 ที่เหลือ ได้แก่ การทำกิจกรรมฝึกทำลูกประคบ และการชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 3 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

3.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อ่านแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาคนละประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลความต้องการ

การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความ ต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ($n = 400$) ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และระดับรุนแรง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นเพศหญิง มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว อยู่คนเดียว และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($n = 15$) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งเรื่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การดูแลสุขภาพกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพจิต วิธีการ

ฝึกความคิดทางบวก การมีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำกิจกรรมคลายเครียด ลดการคิดฟุ้งซ่าน การฝึกสติ การแก้ปัญหาตนเองไม่หลบ และการส่งเสริมให้มีรายได้เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงต้องการมีรายได้ และต้องการให้มีกิจกรรมที่ทำอะไรได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยเสนอว่าต้องการทำถูกประเภท เนื่องจากมีปัญหาปวดเข่ามาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางต้องการฝึกทำน้ายาล้างจาน และพวงมาลัยไหว้พระ

2. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ การคิดทางบวก การเสริมสร้างการรับรู้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การมีสติ การมีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่สร้างรายได้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การวางแผนเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การฝึกสติ สมาธิ โดยทำถูกประเภท น้ายาล้างจาน และพวงมาลัย รวมจำนวน 20 ชั่วโมง

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ($n = 14$) มีความคิดเห็นว่าการโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($M = 48.81$, $SD = 4.31$) จากนั้นผู้วิจัยมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ เพิ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ กิจกรรมที่สามารถเพิ่มรายได้ และปรับลดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สนใจ คือ การทำน้ายาล้างจานและพวงมาลัย

โดยผู้สูงอายุบอกว่าการทำน้ายาล้างจานสามารถทำเองที่บ้านได้ ไม่ต้องการทำกิจกรรม และการฝึกทำพวงมาลัย สายตาไม่ดี ขอไม่ทำกิจกรรมนี้ และขอให้กระชับเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจึงปรับกิจกรรมจาก 20 ชั่วโมง เป็น 18 ชั่วโมง

4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 61-81 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.47 ปี ($SD = 4.74$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีสถานภาพสมรสฝ่าย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 แหล่งที่มาของรายได้ คือ จากบุตร/หลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 92.86 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.33 ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 86.67 และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 61-81 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.40 ปี ($SD = 4.71$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.57 มีสถานภาพสมรสฝ่าย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 เท่ากัน แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ คือ จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งหมดมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 93.33 และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 86.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

4.1 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.549, p < .001$ และ $t = 27.246, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.621, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.670, p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.350, p < .01$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.81	2.04	5.13	1.04	5.549	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.88	7.56	50.28	7.15	27.246	< .001
ภาวะซึมเศร้า	9.27	1.41	3.27	1.41	14.621	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.80	2.25	4.87	2.25	5.670	.005
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.76	7.51	17.52	5.51	.526	.603
ภาวะซึมเศร้า	9.26	1.40	8.07	.72	4.350	.005

4.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.878, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.610, p < .001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.81	2.04	2.80	2.25	.891	.376
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.88	7.56	17.76	7.51	.860	.393
ภาวะซึมเศร้า	9.27	1.41	9.26	1.40	.362	.718
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	5.13	1.04	4.87	2.25	.575	.568
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	50.28	7.15	17.52	5.51	19.878	< .001
ภาวะซึมเศร้า	3.27	1.41	8.07	.72	16.610	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 75 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นเพศหญิง มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโรค

ประจำตัว อยู่คนเดียว และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านร่างกาย จะทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เจริญกิตติ, 2557) ส่วนความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุ

ต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การมีความคิดทางบวก การมีเป้าหมายในชีวิต โดยการฝึกสติจะทำให้สามารถปล่อยวางความคิดทางลบได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การฝึกสติทำให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน ปล่อยวางความรู้สึกทางลบ รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีส่วนในการช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ (มาริสสา อุทยาพงษ์, 2560)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบกับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 72.47 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนกลาง ยังมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากแหล่งต่างๆ เช่น กลุ่มในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังสามารถค้นหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสื่อต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือ จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ควรใช้สื่อที่เข้ากับพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุ เช่น สดักเกอร์ สื่อภาพนิ่ง คลิปวิดีโอสั้นๆ (เสริมศักดิ์ ขุนพล, 2565)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อ

ป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ มีการส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือทำด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบในการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยมีการเชิญผู้สูงอายุต้นแบบที่มีสุขภาพดี ภาพลักษณ์สวยงาม มีการดูแลสุขภาพดี อายุ 65 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เห็นต้นแบบ ได้ฟังประสบการณ์จากต้นแบบที่มีการโน้มน้าวชักจูงด้วยคำพูด ทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดต้องการเลียนแบบ เกิดการคล้อยตาม เห็นด้วยที่จะเปลี่ยนความคิดจากการคิดทางลบเป็นการคิดทางบวก ตลอดจนการได้รับกำลังใจจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง อารมณ์ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจ มีกำลังใจ นอกจากนี้ยังได้ระบายความรู้สึกว่าเหงา ความกังวลเรื่องโรคประจำตัว และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ในส่วนการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำลูกประคบ ทำให้มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม มีการแบ่งปันสมุนไพรในการทำลูกประคบ และเมื่อทำสำเร็จ ผู้สูงอายุก็รู้สึกภาคภูมิใจว่าเป็นฝีมือของตนเอง เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ได้ทำลูกประคบเอง ได้รับคำชมจากผู้สูงอายุในกลุ่ม จึงทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทูมทอง, และอภิญญา อิงอาจ (2566) ที่รายงานว่า บุคคลเมื่อได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองแล้วประสบความสำเร็จและได้รับการชื่นชมจากกลุ่มคนหรือบุคคลอื่น จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้ที่พิจารณาสิ่งต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อม และ

อนาคต แทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง โดยผู้สูงอายุจะคิดว่าตนเองหมดหนทาง และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ดีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดี และคิดว่าอนาคตไม่มีความหวังดี ความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Beck, 1967) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีการคิดทางบวก ได้รับการเสริมแรง ได้รับกำลังใจ ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเฉพาะกิจกรรมทำลูกประคบ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองยังมีความสามารถ รู้สึกภูมิใจในตนเอง ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองสูงจะไม่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร ปักขำพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567) ที่พบว่า หลังได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้านี้ คือ การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน อันเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในชุมชน ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการคิดทางบวก การสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่มอบทุนวิจัย งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2563 และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการตีพิมพ์เผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท. สืบค้นจาก <https://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28149>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สถิติการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>

- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 11 “งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนเชิงพื้นที่”* (น. 319–329). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทูมทอง, และอภิญา อิงอาจ. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการสวดมนต์ปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2), 252–265.
- รัชพร ปิกษาพันธ์, และสุกฤษฎี บัวแดง. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 3(2), 24–38.
- นริสา วงศ์พานิช, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24–31.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนนเกษร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95–107.
- ภาสิต ศิริเทศ, และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58–65.
- มะลิสา งามศรี, และหงษ์ บรรเทิงสุข. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสียให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(3), 89–102.
- มาริสา อูทยาพงษ์. (2560). การประยุกต์ใช้การเจริญสติเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 13(พิเศษ 2), 109–122.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวพร ชุ่มเย็น, และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158–171.
- สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี. (2563). *รายงานประจำปี: สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://chanthaburi.nso.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สุพรรษา แสงพระจันทร์, จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76–88.

- เสริมศักดิ์ ขุนพล. (2565). การออกแบบและพัฒนาสื่อเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. *วารสารเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มทร.พระนคร*, 7(1), 21-32.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab1>
-

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
ในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น
เบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง**
**Effects of a Perceived Self-efficacy Promoting Program on
Exclusive Breastfeeding Success in Postpartum Mothers
Diagnosed with Gestational Diabetes Mellitus
and Obesity Class 1 or Higher**

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ¹

Chanpen Armmapat, M.N.S. (Family Nursing) ¹

เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ²

จริญญา ดีจะโปะ, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ³

Pennapa Pisaipan, M.N.S. (Family Nursing) ²

Jarunya Deejapo, M.N.S. (Midwifery) ³

วรัญญา ชลธารักษ์ปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ⁴

เจตินภา แสงสว่าง, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ⁵

Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery) ⁴

Juadnapa Sangsawang, M.N.S. (Midwifery) ⁵

ภัทริยา เทพรัตน์, พย.บ. ⁶

Pattareeya Tepparat, B.N.S. ⁶

Received: October 28, 2025 Revised: December 2, 2025 Accepted: December 18, 2025

¹⁻⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻⁴ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pennapa11@pnc.ac.th

⁵ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁶ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

⁶ Registered Nurse, Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง ที่คลอด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 34 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด แบบประเมิน LATCH score มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนหลังคลอด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Mann-Whitney U test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในวันที่ 3 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการให้นมบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.020, p < .05$) 2) ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม 3) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.885, p < .01$) และ 4) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนไม่ต่ำกว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนี้ไปประยุกต์ใช้ในการมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน มารดาหลังคลอด ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a perceived self-efficacy promoting program on exclusive breastfeeding success in postpartum mothers. The participants consisted of 34 postpartum mothers diagnosed with gestational diabetes mellitus (GDM) and obesity class 1 or higher who delivered at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 17$) and a control group ($n = 17$). The research instruments comprised a perceived self-efficacy promoting program for breastfeeding, a general information questionnaire, a delivery data

record form, a LATCH score assessment form with a reliability of .92, a breastfeeding perceived self-efficacy interview form with a reliability of .95, and an exclusive breastfeeding follow-up record form. The implementation and data collection were conducted from May 2024 to September 2025. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Mann-Whitney U test, and McNemar test.

The research results revealed that 1) at the third day postpartum, the experimental group demonstrated a statistically significantly higher score of breastfeeding ability than the control group ($Z = -2.020, p < .05$); 2) at the second week postpartum, the experimental group showed no different rate of exclusive breastfeeding success from the control group; 3) at the sixth week postpartum, the experimental group presented a statistically significantly higher rate of exclusive breastfeeding success than the control group ($\chi^2 = 10.885, p < .01$); and 4) at the sixth week postpartum, the experimental group had a rate of exclusive breastfeeding success not lower than at the second week postpartum.

This research suggests that nurses working on postpartum obstetric units should adopt and continue this perceived self-efficacy promoting program for postpartum mothers with GDM after hospital discharge, particularly throughout the first six weeks postpartum. This will help increase the exclusive breastfeeding rates.

Keywords: Perceived self-efficacy, Exclusive breastfeeding, Postpartum mothers, Gestational diabetes mellitus, Obesity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด มีประโยชน์อย่างมากต่อมารดาและทารกแรกเกิด องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก (World Health Organization [WHO], 2023) อย่างไรก็ตาม จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียในช่วง 6 เดือนแรกเพียงร้อยละ 28.60 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 50 ขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) โดยสถิตินี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14

ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียในประเทศไทยยังมีอัตราที่ต่ำและยังพบว่ามีแนวโน้มการลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 80-90 ในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ลดลงเหลือร้อยละ 50-70 ภายในสัปดาห์แรก และลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน ทั้งนี้ ช่วงเดือนแรกหลังคลอดถือเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง (อุษา วงศ์พินิจ, นิตยา สิ้นสุกใส, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2559) โดยมีสาเหตุจากปัญหาน้ำนมมาช้า มารดามีความกังวลว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ขาดทักษะการนำบุตรเข้าเต้า ขาดทักษะการแก้ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความเจ็บปวดจากการให้นม เช่น หัวนมแตก รวมถึงมารดาบางรายมีความจำเป็นต้องกลับไปทำงานเร็ว

และสภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่เอื้อต่อการให้นมแม่เป็นต้น (The United Nations Children's Fund [UNICEF] & WHO, 2023b)

จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus [GDM]) ประมาณ 21.10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.70 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากปี ค.ศ. 2015 ที่พบเพียงร้อยละ 7.40 ขณะที่สถิติในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น อยู่ในช่วงร้อยละ 1-7 ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จโดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก โดยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อการผลิตน้ำนมผ่านกลไกของภาวะคีโตนูริน ซึ่งทำให้เกิดการสร้างน้ำนมระยะที่สอง (lactogenesis II) ล่าช้า ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมแม่ลดลงและทำให้เริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยากขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (Jirakittidul, Panichyawat, Chotrungrote, & Mala, 2019) โดยเฉพาะในมารดาที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.² มีความเสี่ยงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ โดยมีแนวโน้มหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วขึ้น (Huang, Ouyang, & Redding, 2019) และมีโอกาสเกิด lactogenesis II ล่าช้าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Montana et al., 2024)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องมีประโยชน์

ระยะยาวสำหรับมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด เนื่องจากการให้นมแม่ส่งเสริมการเผาผลาญกลูโคส และเพิ่มความไวของอินซูลิน (Peila, Gazzolo, Bertino, Cresi, & Coscia, 2020) รวมทั้งช่วยควบคุมน้ำหนักและไขมันสะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดเบาหวานในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinho-Gomes, Morelli, Jones, and Woodward (2021) ที่รายงานว่า มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6-12 เดือน มีโอกาสน้อยที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding self-efficacy) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Hinich, 2016) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) อธิบายว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถทำได้โดยผ่าน 4 กลไกหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จ 2) การเห็นแบบอย่าง 3) การใช้คำพูดโน้มน้าวใจ และ 4) การจัดการสภาวะด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในช่วงหลังคลอดระยะแรก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีระดับสมรรถนะแห่งตนสูงมีโอกาสเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานมากกว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Borona et al., 2023) และการศึกษาที่พบว่า ระดับสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงก่อนคลอดสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหลังคลอดได้ โดยคะแนนสมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้นในช่วงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับโอกาสการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 2 เดือนหลังคลอดที่สูงขึ้น (Teng & Ho, 2024) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

การประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สามารถทำได้ในหลายมิติ เช่น การเกิด lactogenesis II ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด การมีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอ การที่มารดาสามารถให้นมแม่อย่างเดียวย หลังคลอดในช่วงระยะเวลา 2-6 สัปดาห์ และ 6 เดือน (Rollins et al., 2016; WHO, 2020) และการเริ่มต้นให้นมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แบบประเมิน LATCH score ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า LATCH score สามารถทำนายผลลัพธ์ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sowjanya & Venugopalan, 2018)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะอ้วนยังมีจำนวนจำกัด เป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนา และยังไม่มีการวิจัยที่ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเฉพาะสำหรับกลุ่มนี้ และการประเมินผลในช่วงเวลาวิกฤต เช่น 3 วัน 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่พบอัตราการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงสุด (UNICEF & WHO, 2023a; WHO & UNICEF, 2021) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความรู้ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหลังคลอดระยะแรกซึ่งเป็นช่วงวิกฤต อันจะนำไปสู่การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในประเทศไทยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการให้นมบุตร ในวันที่ 3 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ระหว่างในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กับในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ของกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

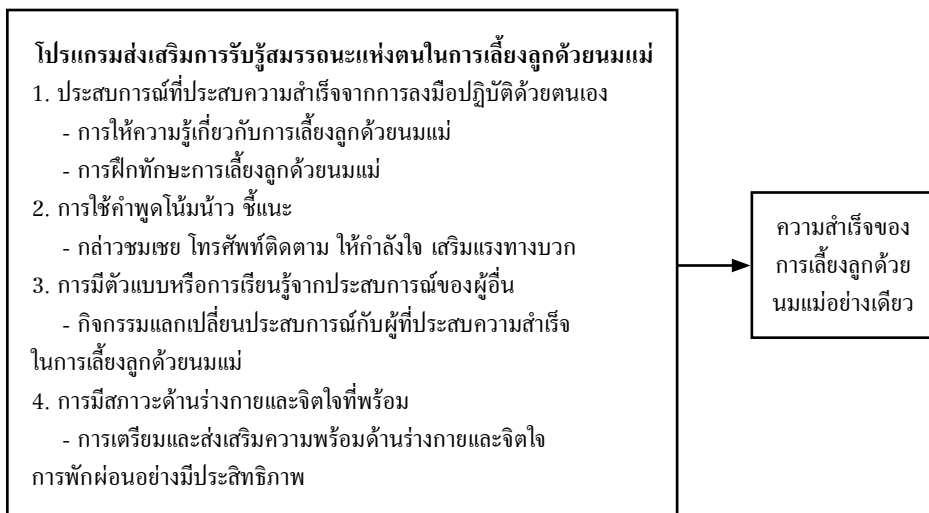
1. ในวันที่ 3 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการให้นมบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ไม่ต่ำกว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่างๆ รวมถึงเป็นกระบวนการที่จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่า การส่งเสริมสมรรถนะของบุคคลมี 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การใช้คำพูดโน้มน้าว ชี้แนะ

3) การมีตัวแบบหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) การมีสภาวะด้านร่างกายและจิตใจที่พร้อม ซึ่งคาดว่า เมื่อมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่

หนึ่งได้รับโปรแกรมดังกล่าว จะมีความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งเพิ่มมากขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และวัดซ้ำ (two-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง ที่คลอด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดามีความต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) คลอดปกติ หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป 4) มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.² 5) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน

ภาษาไทยได้ 6) ไม่ได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนมและมีผลต่อทารก 7) ไม่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร เช่น มีการติดเชื้อเอชไอวี 8) ไม่มีภาวะตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ และได้รับยากันชัก หรือการติดเชื้อในน้ำคร่ำ 9) ทารกไม่มีข้อจำกัด สามารถรับนมแม่ได้ 10) ทารกไม่มีอาการรุนแรง APGAR score นาทีที่ 10 มากกว่า 7 คะแนน ไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มี ความผิดปกติทางพันธุกรรม และ 11) มารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .97 (จากการศึกษาของโบว์ชมพูนุตรแสงดี, กรรณิกักรัณษะรักษา, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ [2556])

ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 36 คน โดยกำหนดให้มารดาหลังคลอด 18 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกมารดาหลังคลอด 18 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ตามชนิดการคลอด และดัชนีมวลกาย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นรายบุคคล 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การใช้คำพูดโน้มน้าว ชี้แนะ 3) การมีตัวแบบหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) การมีสถานะด้านร่างกายและจิตใจที่พร้อม โดยโปรแกรมมีกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มตั้งแต่การเตรียมเต้านม ตลอดจนปัญหาและแนวทางแก้ไขผ่านคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในรูปแบบกระดาษและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ซึ่งเข้าถึงโดยใช้ QR code ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสะดวกต่อการพกพาและการใช้งาน เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของน้ำนมแม่ต่อทารก ประโยชน์ของการให้นมลูกต่อมารดา การเตรียมเต้านม การบีบและเก็บส่งน้ำนมให้ลูกที่ตึกทารกแรกเกิด การสังเกตว่าลูกได้รับน้ำนมเพียงพอหรือไม่ และการดูแลตัวเองหลังคลอดเมื่อมีภาวะเบาหวานและน้ำหนักเกิน เช่น การรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ การลด

อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว การแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด ส่วนการออกกำลังกาย เน้นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยเริ่มจากกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดินหลังอาหาร และ 2) การฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ฝึกกับหุ่นทารกจำลอง จากทักษะที่ง่ายไปหายาก เริ่มต้นจากการห่อตัวทารก การอุ้มทารก การอุ้มให้นมในท่านอน ท่านั่ง และการอุ้มให้เรอ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจมารดาภายหลังการฝึกทักษะ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการในช่วงวันที่ 1-3 หลังคลอด ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามมารดาเพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนมารดาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมถึงกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ จากนั้นจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นมารดาที่คลอดบุตรในช่วงเวลาใกล้เคียงและพักอาศัยอยู่ที่หอผู้ป่วยเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อช่วยให้มารดารู้สึกมั่นใจ และเชื่อว่าตนเองสามารถให้นมได้สำเร็จ และผู้วิจัยแนะนำการเตรียมและส่งเสริมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้มารดาดื่มน้ำก่อน-หลังให้นม จัดสถานที่บริเวณให้นมให้สะดวก มีอุปกรณ์สนับสนุนการให้นม เช่น หมอนเกือกม้า แก้วน้ำร้อน ให้นม ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างมีประสิทธิภาพ การลดภาวะเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การนอนหลับพักผ่อนในช่วงที่บุตรหลับ แนะนำให้ฝึกหายใจช้าๆ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอดหรือแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอด รวมถึงเน้นย้ำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินการในวันจำหน่าย ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ไข กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก และชี้ให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมครั้งที่ 5 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำแนะนำ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระดับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ชนิดการคลอด เพศของทารก น้ำหนักตัวของทารก APGAR score นาทีที่ 1 ลักษณะห้วงนมของมารดา และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการให้นมบุตร ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน LATCH score (ภาวิน พัวพรพงษ์, 2557) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับประเมินทักษะการให้นมแม่ เป็นการวัดโอกาสความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรก โดยเริ่มประเมินในทารกอายุ 16-24 ชั่วโมง ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการประเมิน 5 หัวข้อ ได้แก่ การอมห้วงนมและลานนม การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม

ลักษณะห้วงนมของมารดา ความรู้สึกสบายเต้านมและห้วงนม และทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม โดยแต่ละหัวข้อมีคะแนน 0-2 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ หาก LATCH score มากกว่า 8 คะแนน แสดงว่า มารดามีความสามารถในการให้นมบุตรสูง

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยของเปมิกา บุตรจันทร์, สมเสาวนุช จมูศรี, และกชพร สิงห์หล้า (2559) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับน้อยที่สุด (18-32 คะแนน) ในระดับน้อย (33-46 คะแนน) ในระดับปานกลาง (47-60 คะแนน) ในระดับมาก (61-74 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (75-90 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น ก) การติดตามในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ขณะนี้ท่านให้ลูกกินนมชนิดใด 2) กรณีที่ท่านไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว เนื่องจากเหตุผลใด และ 3) ขณะนี้ท่านมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ และ ข) การติดตามในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ขณะนี้ท่านให้ลูกกินนมชนิดใด 2) กรณีที่ท่านไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว เนื่องจากเหตุผลใด 3) ขณะนี้ท่านมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ และ 4) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากให้กินนมแม่อย่างเดี่ยว ให้ 1 คะแนน และหากให้กินนมแม่ร่วมกับนมผสม ให้ 0 คะแนน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยหลังคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ (2 คน) และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหลังคลอด ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมและเครื่องมือแต่ละชุด เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง ที่คลอด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน โดยใช้เวลา 2 เดือน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95 และนำแบบประเมิน LATCH score ไปทดลองประเมินความสามารถในการให้นมบุตรของมารดาหลังคลอด โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำการประเมินมารดาหลังคลอดคนเดียวกัน จำนวน 15 คน (กลุ่มเดิม) หากค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ได้ค่าเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 038/67 วันที่ 8 พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง

และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบและเป็นรายกลุ่มในการสอนสุขศึกษาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีอุปกรณ์สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ แผ่นปั๊มแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบีบน้ำนม ฯลฯ และมีการให้คำแนะนำตามสภาพการณ์ของมารดา ทั้งนี้ ในวันที่ 3 หลังคลอด ผู้วิจัยดูข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และแบบประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH score) และในวันจำหน่าย ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และบันทึกในแบบบันทึกการ

ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด

4. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มควบคุม และสอบถามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดว่าปกติหรือไม่ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และบันทึกในแบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์แก่กลุ่มควบคุม ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด กิจกรรมครั้งที่ 2 ในช่วงวันที่ 1-3 หลังคลอด และกิจกรรมครั้งที่ 3 ในวันจำหน่าย ทั้งนี้ ในวันที่ 3 หลังคลอด ผู้วิจัยดูข้อมูลจากเวชระเบียน และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และแบบประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH score) ซึ่งในวันจำหน่าย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 พร้อมติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และบันทึกในแบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด

7. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 พร้อมติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสอบถามผลการตรวจระดับน้ำตาลใน

เลือดว่าปกติหรือไม่ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และบันทึกในแบบบันทึกการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Mann-Whitney U test ตามลักษณะข้อมูล ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความสามารถในการให้นมบุตร (จากแบบประเมิน LATCH score) ในวันที่ 3 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด และในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคลอด ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กับในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ทั้งนี้ ระหว่างการติดตามข้อมูลทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ กลุ่มละ 1 คน คงเหลือจำนวนกลุ่มละ 17 คน รวมจำนวน 34 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.59 ปี ($SD = 5.76$) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.85 กก./ม.² ($SD = 3.17$) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70.59 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.82 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 76.47 และคิดว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.59 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 28.29 ปี ($SD = 6.12$) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.35 กก./ม.² ($SD = 2.26$) มีอาชีพรับจ้าง และแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 เท่ากัน มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.18 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 82.35 มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 58.82 และคิดว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.94 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตั้งครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยมีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2 ครั้ง ($SD = .79$) คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 58.82 ทารกเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.82 ทารกมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 3,042.65 กรัม ($SD = 390.48$) มี APGAR score นาทีที่ 1 เฉลี่ย 8.88 คะแนน ($SD = .33$) มารดาส่วนใหญ่มีลักษณะหวั่นผกิด คิดเป็นร้อยละ 76.47 และทั้งหมดมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

หลังคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 64.71 โดยมีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.06 ครั้ง ($SD = 1.08$) ส่วนใหญ่คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 64.71 ทารกเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.71 ทารกมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 3,055.76 กรัม ($SD = 649.01$) มี APGAR score นาทีที่ 1 เฉลี่ย 8.65 คะแนน ($SD = .49$) มารดาส่วนใหญ่มีลักษณะหวั่นผกิด คิดเป็นร้อยละ 70.59 และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 94.12 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 66.71 ($SD = 9.76$) และ 70 ($SD = 10.98$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 63.29 ($SD = 8.59$) และ 66.88 ($SD = 10.71$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบความสามารถในการให้นมบุตร (จากแบบประเมิน LATCH score) ในวันที่ 3 หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ในวันที่ 3 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการให้นมบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.020, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการให้นมบุตร ในวันที่ 3 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

ความสามารถ ในการให้นมบุตร	mean rank	sum of ranks	Mann-Whitney U test		
			U	Z	p
กลุ่มทดลอง (n = 17)	20.71	352.00	90.000	-2.020	.043
กลุ่มควบคุม (n = 17)	14.29	243.00			

5. การเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

อัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
นมแม่อย่างเดียว	16	94.12	13	76.47	2.110	.146
นมแม่ร่วมกับนมผสม	1	5.88	4	23.53		

6. การเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.885, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

อัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
นมแม่อย่างเดียว	16	94.12	7	41.18	10.885	.001
นมแม่ร่วมกับนมผสม	1	5.88	10	58.82		

7. การเปรียบเทียบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ระหว่างในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กับในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ของกลุ่มทดลอง พบว่า ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จ

สำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ต่ำกว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด แสดงว่า กลุ่มทดลองสามารถคงไว้ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมั่นคงเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ระหว่างในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กับในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ของกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาการติดตาม	นมแม่อย่างเดียว		นมแม่ร่วมกับนมผสม		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด	16	94.12	1	5.88	1.000
ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด	16	94.12	1	5.88	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในวันที่ 3 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการให้นมบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การได้รับประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (mastery experience) จะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับสมรรถนะแห่งตน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและยั่งยืน เริ่มจากการเสริมสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยให้มารดาหลังคลอดฝึกปฏิบัติการให้นมแม่ภายใต้การดูแลของพยาบาล เช่น การจัดท่าให้นม การเข้าเต้าที่ถูกวิธี การศึกษาข้อมูลความรู้จากคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝึกปฏิบัติผ่านหุ่นทารกจำลอง และได้รับการประเมินความสามารถในการให้นมบุตร ในวันที่ 3 หลังคลอด จากแบบประเมิน

LATCH score ซึ่งประเมินประสิทธิภาพการดูดนมของทารก การที่กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ฝึกทักษะการอุ้มให้นมบุตรในท่านอน ท่านั่งที่เหมาะสม การเข้าเต้าที่ถูกวิธี ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติจริง ได้รับคำชมเชยทุกครั้งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ช่วยให้มีมารดาหลังคลอดเห็นผลลัพธ์จริงว่าสามารถให้นมลูกได้สำเร็จ นำนมเริ่มไหลดี และลูกเริ่มดูดนมได้เพียงพอ เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับ “ประสบการณ์ความสำเร็จครั้งแรก” สมรรถนะแห่งตนจะเพิ่มขึ้นโดยอัตโนมัติ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจและต้องการปฏิบัติซ้ำอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะหลังคลอด (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกท่าให้นม การให้คำแนะนำ การสนับสนุนทางจิตใจ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (ปิยภรณ์ สีแสนห์ และบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, 2566)

การที่กลุ่มทดลองมีสภาวะด้านร่างกายและจิตใจที่พร้อม โดยได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมความผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจช้าๆ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

จากการคลอดหรือแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอด การนวด เต้านมด้วยตนเอง การนึ่งไอน้ำในท่าที่สบาย รวมถึง ได้รับความรู้เรื่องการพักผ่อนและโภชนาการสำหรับ มารดาหลังคลอด ซึ่งช่วยปรับสมดุลร่างกายและลด ความเครียดทางจิตใจ เมื่อมารดาหลังคลอดมีความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาการอ่อนเพลียลดลง การฝึก ปฏิบัติการเรียนรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็ดำเนินไป อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับสมรรถนะแห่งตน เพิ่มขึ้น และมีผลต่อการหลั่งน้ำนม กล่าวคือ เมื่อมารดา หลังคลอดมีสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น ฮอริโมน ออกซิโทซินและโปรแลคตินจะหลั่งดีขึ้น ทำให้เกิด “ประสบการณ์ความสำเร็จทางสรีรวิทยา” จึงยังเพิ่มความมั่นใจและกระตุ้นให้มีการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง (Nommsen-Rivers, 2016)

นอกจากนี้ ตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) การได้รับ “การชักจูงทาง วจนภาษา (verbal persuasion)” ถือเป็นหนึ่งในสี่ แหล่งข้อมูลสำคัญของการสร้างสมรรถนะแห่งตน ดังผล การศึกษาของ Fahim, Kazemi, Masoumi, and Refaei (2023) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำทางบวกและ กำลังใจจากบุคลากรสุขภาพสามารถเพิ่มความเชื่อมั่น ของมารดาในการให้นมบุตร และส่งผลให้พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น ดังนั้น การให้คำปรึกษา อย่างต่อเนื่องระหว่างการได้รับโปรแกรมจึงมีบทบาท สำคัญในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดทั้งด้านอารมณ์ ความมั่นใจ และการคงพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับ คำพูดที่โน้มน้าว ชี้แนะ และการสนับสนุนทางบวกจาก บุคลากรสุขภาพ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารทางบวก (positive counseling) เช่น การชื่นชมเมื่อมารดา หลังคลอดพยายามให้นมลูกได้ดี การให้ข้อมูลเพื่อแก้ไข ความเข้าใจผิดต่าง ๆ เช่น เรื่อง “น้ำนมไม่พอ” หรือเรื่อง “ลูกดูดไม่เก่ง” เนื่องจากการคลอดหลังคลอดมักเข้าใจว่า น้ำนมตัวเองไม่พอ หรือลูกดูดไม่เก่ง การที่พยาบาล ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับมารดาหลังคลอด จึงช่วย

ให้มารดาหลังคลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่เปลี่ยน ไปให้นมผสม

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่นั้นพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม นั่นคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ไม่สามารถส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันจำหน่าย เพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด จนถึงวันจำหน่าย อาจมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีปริมาณน้ำมน้อยหรือเริ่มมีน้ำนมมา แมื่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ที่เป็นมารดาครรภ์หลัง บางราย น้ำนมจะเริ่มไหลในวันที่ 1-2 หลังคลอด ประกอบกับ ทารกต้องแยกจากมารดาหลังคลอดที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ การกระตุ้นให้เข้าเต้าจะเริ่มได้ช้า และมารดา หลังคลอดยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น กลุ่มทดลองจึงยังขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ในช่วง 72 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า ที่พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่แตกต่างกัน (สุภาพรรณ วรผล, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2567)

ผลการวิจัยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่างเดียวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็น ไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง ทำให้มีความรู้ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการประเมิน อัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ถือว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่สั้น หลังการคลอด จึงพบอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรรณวรผล และคณะ (2567) ที่พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองยังคงมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมแสดงถึงกลุ่มทดลองมีทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการที่กลุ่มทดลองได้รับการโทรศัพท์ติดตามอย่างต่อเนื่องได้เล่ารายละเอียดที่เกิดขึ้นในการให้นมบุตรในช่วง 2 สัปดาห์หลังคลอด ได้รับคำแนะนำ การช่วยเหลือ ได้รับคำชมเชย กำลังใจ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นและรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถให้นมแม่อย่างเดียวยังได้ตามที่ตั้งใจ และสามารถให้นมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถให้นมแม่อย่างเดียวยังได้นั้น จากการสอบถามพบว่า เกิดจากปัญหาน้ำนมมีปริมาณน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของบุตร จึงเสริมด้วยนมผสม และในบางราย บุตรมีภาวะความเจ็บป่วย จึงไม่สามารถให้นมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งสูงกว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา

ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งในระยะ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด มารดามักเผชิญกับความยากลำบากหลายประการ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการดูแลทารก การปรับตัวต่อบทบาทความเป็นมารดาหลังคลอด ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงภาวะสุขภาพจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจบั่นทอนความเชื่อมั่นและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ การโทรศัพท์ติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้กำลังใจ การเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่พบ จึงอาจมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถคงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chehreh, Zahrani, Karamelahi, and Baghban (2021) ที่พบว่า การที่มารดาหลังคลอดได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 2-6 สัปดาห์หลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ลดความวิตกกังวล และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ซึ่งอาจลดความแม่นยำทางสถิติ จึงควรระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในบริบทอื่น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่งเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่นได้ การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดตัวอย่างหรือเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายสถานพยาบาล เพื่อเพิ่มความหลากหลาย อีกทั้งการวัดอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด และการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันจำหน่าย โดยที่โปรแกรมยังดำเนินต่อไปถึงสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด อาจทำให้ผลการวิจัยไม่สะท้อนผลของโปรแกรมอย่างแท้จริง

จึงควรกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอดควรนำแนวทางของโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล เช่น การจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติจริง การสาธิตโดยมารดาต้นแบบ การให้คำแนะนำทางบวก การติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อสร้างสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับมารดาอย่างเป็นระบบ

1.2 หน่วยบริการสุขภาพในโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้บุคลากรใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการตระหนักว่ามารดาหลังคลอดโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง ควรได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้นและมีการติดตามในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปีหลังคลอด เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อระยะเวลาและอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับที่หนึ่งเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่ออัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 สัปดาห์หลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันชะรักษา, และ จันทรัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 1-10.

ปิยภรณ์ สีเสนห์, และบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านบัญชีทางการของไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของมารดา และค่าบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(1), 143-156.

เปมิกา บุตรจันทร์, สมเสาวนุช จมูศรี, และกชพร สิงห์หล้า. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกครอบครัวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 97-105.

ภาวิน พัวพรพงษ์. (2557). การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 4-15.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

- สุภาพรณ วรผล, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(3), 57–69.
- อุษา วงศ์พิณี, นิตยา ลินสุกใส, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2559). ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพการดูแลของทารกก่อนจำหน่าย ในการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 1 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(1), 88–95.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Borona, G., Gualdana, G., Maga, G., Del Bo, E., Arrigoni, C., Brigante, L., ... Magon, A. (2023). Breastfeeding self-efficacy: A systematic review of psychometric properties using COSMIN. *Journal of Human Lactation*, 39(4), 595–614. doi:10.1177/08903344231190624
- Chehreh, R., Zahrani, S. T., Karamelahi, Z., & Baghban, A. A. (2021). Effect of peer support on breastfeeding self-efficacy in ilamian primiparous women: A single-blind randomized clinical trial. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(9), 3417–3423. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_172_21
- Fahim, S. H., Kazemi, F., Masoumi, S. Z., & Refaei, M. (2023). The effect of midwife-oriented breastfeeding counseling on self-efficacy and performance of adolescent mothers: A clinical trial study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 672. doi:10.1186/s12884-023-05982-y
- Hinic, K. (2016). Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 45(5), 649–660. doi:10.1016/j.jogn.2016.04.010
- Huang, Y., Ouyang, Y. Q., & Redding, S. R. (2019). Maternal prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and cessation of breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeeding Medicine*, 14(6), 366–374. doi:10.1089/bfm.2018.0138
- Jirakittidul, P., Panichyawat, N., Chotrungrate, B., & Mala, A. (2019). Prevalence and associated factors of breastfeeding in women with gestational diabetes in a University Hospital in Thailand. *International Breastfeeding Journal*, 14, 34. doi:10.1186/s13006-019-0227-8

- Montana, A. V., Mildon, A., Daniel, A. I., Pitino, M. A., Baxter, J. B., Beggs, M. R., ... Walton, K. (2024). Is maternal body weight or composition associated with onset of lactogenesis II, human milk production, or infant consumption of mother's own milk? A systematic review and meta-analysis. *Advances in Nutrition*, 15(6), 100228. doi:10.1016/j.advnut.2024.100228
- Nommsen-Rivers, L. A. (2016). Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Advances in Nutrition*, 7(2), 407–414. doi:10.3945/an.115.011007
- Peila, C., Gazzolo, D., Bertino, E., Cresi, F., & Coscia, A. (2020). Influence of diabetes during pregnancy on human milk composition. *Nutrients*, 12(1), 185. doi:10.3390/nu12010185
- Pinho-Gomes, A. C., Morelli, G., Jones, A., & Woodward, M. (2021). Association of lactation with maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(8), 1902–1916. doi:10.1111/dom.14417
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491–504. doi:10.1016/s0140-6736(15)01044-2
- Sowjanya, S. V. N. S., & Venugopalan, L. (2018). LATCH score as a predictor of exclusive breastfeeding at 6 weeks postpartum: A prospective cohort study. *Breastfeeding Medicine*, 13(6), 444–449. doi:10.1089/bfm.2017.0142
- Teng, Y. F., & Ho, Y. J. (2024). The influence of prenatal breastfeeding self-efficacy on breastfeeding behavior of Taiwanese pregnant women. *Journal of Human Lactation*, 40(3), 445–453. doi:10.1177/08903344241254785
- The United Nations Children's Fund, & World Health Organization. (2023a). *Global breastfeeding scorecard, 2023: Protecting breastfeeding through further investments and policy actions*. Retrieved from <https://www.unicef.org/media/150591/file/GBC-Methodology-Breastfeeding-scorecard-2023.pdf>
- The United Nations Children's Fund, & World Health Organization. (2023b). *Global breastfeeding scorecard, 2023: Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. Retrieved from <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Infant and young child feeding*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/infant-nutrition>

World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization, & The United Nations Children's Fund. (2021). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Definitions and measurement methods*. Geneva: Author. Retrieved from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/79267f92-de90-4e1f-a162-4c1042c56929/content>

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*

Effect of the Anger Management Program on Aggressive Behavior
among Patients with Alcohol-use Disorders,
Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*

พัชรวาลี ปันศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Pacharawalee Pansak, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล, ป.ด. (การพยาบาล) ²

หรรษา เศรษฐบุปผา, ป.ด. (การพยาบาล) ³

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) ²

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 25, 2023

Revised: December 16, 2025

Accepted: December 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ

* 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 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Fisher's exact test, independent *t*-test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.754, p < .01$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.915, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: การจัดการกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the anger management program on aggressive behavior among patients with alcohol-use disorders. The samples consisted of 18 patients with alcohol-use disorders in Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. They were equally divided into an experimental group ($n = 9$) and a control group ($n = 9$). The research instruments included the anger management program, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) with a reliability of .90, a demographic data form, and the Overt Aggression Scale with a reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from January to April 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Fisher's exact test, independent *t*-test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower score of aggressive behavior than before the experiment ($Z = -2.754, p < .01$); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower score of aggressive behavior than the control group ($Z = -2.915, p < .01$).

This research suggests that psychiatric personnel should utilize the anger management program for reducing aggressive behavior among patients with alcohol-use disorders.

Keywords: Anger management, Aggressive behavior, Patients with alcohol-use disorders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-use disorders [AUD]) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่งซึ่งรวมถึงปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจหลายระดับเริ่มตั้งแต่การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (hazardous dinking) การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful drinking) หรือการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (alcohol abuse) ไปจนถึงโรคติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และโรคจิตเวชที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ (alcohol-induced disorders) (สาวิตริ อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) จากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) module J เพื่อการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์และภาวะการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบความชุกของความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 5.30 แบ่งออกเป็นความชุกของภาวะการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา ร้อยละ 3.50 และภาวะติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.80 (พันธุันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ พบว่ามีผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 1,150 คน 1,082 คน และ 1,210 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565ก)

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ในส่วนผลกระทบต่อร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีโอกาสเป็นโรคตับอักเสบ ตับแข็ง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็น

กลุ่มอาการของโรคจิตที่เกิดขึ้นขณะมีการเสพแอลกอฮอล์อย่างมาก โดยจะมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (Schuckit, 2005) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีปัญหาการทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว ร้อยละ 48.80 และมีปัญหาขาดกรรมในครอบครัว ร้อยละ 53.30 โดยวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคติดแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากกว่าวัยรุ่นที่มีบิดาไม่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ถึง 11.50 เท่า ส่วนวัยรุ่นที่มีบิดามารดาเป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นที่มีบิดามารดาไม่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ถึง 13.50 เท่า (บัณฑิต สรไพศาล, 2553) เนื่องจากต้องรองรับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของบิดามารดาที่มีอาการมาจากการดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลง่าย รู้สึกอับอาย อีกทั้งพบว่าสามีที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์มีการทำร้ายร่างกายภรรยาถึงร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสามีที่ไม่ดื่มถึง 3.84 เท่า (สาวิตริ อัยฉางค์กรชัย, 2565) และผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ประเทศไทยมีการสูญเสียเศรษฐกิจไปกับการดื่มแอลกอฮอล์และค่ารักษาพยาบาลมากถึง 250,000 บาทต่อคนต่อปี (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

จากรายงานของโรงพยาบาลสวนปรุงในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 16 คน 18 คน และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55, 15.65 และ 16.15 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2565ข) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้เกิดปัญหาในการดูแลทั้งตัวผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาล การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ ได้แก่ 1) แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของสมองด้อยลงเกี่ยวกับการตัดสินใจ การใช้เหตุผล การยับยั้งชั่งใจ การวางแผน การรับรู้ ความเข้าใจ การรับ

ข้อมูล และการแปลสิ่งต่าง ๆ นำไปสู่การประเมินที่ไม่ถูกต้อง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยง 2) การเปลี่ยนแปลงของระดับ serotonin โดยผู้ที่มีระดับ serotonin ต่ำ จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีระดับ serotonin สูง และ 3) พันธุกรรม พบว่าบุตรที่บิดามารดามีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อโตขึ้นมักมีปัญหการดื่มแอลกอฮอล์ และบุตรที่บิดาดื่มแอลกอฮอล์ มักมีพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่นและมีความก้าวร้าวสูงกว่าคนทั่วไป (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) ซึ่งความก้าวร้าวที่เกิดขึ้นเริ่มจากการที่บุคคลได้รับสิ่งคุกคามหรือความต้องการถูกขัดขวาง ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล เมื่อความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกโกรธ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

การจัดการหรือการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยังไม่มีการจัดการหรือการดูแลที่เฉพาะเจาะจง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ ประกอบด้วย ก) การรักษาด้วยยา โดยการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) และ ข) การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้กระแสไฟฟ้าปริมาณน้อยผ่านบริเวณศีรษะ เพื่อให้เกิดอาการชัก ซึ่งเป็นวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง โรคจิตเภท และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) 2) การบำบัดรักษาด้านกายภาพ ประกอบด้วย ก) การจำกัดพฤติกรรม ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีท่าทีคุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ข) การใช้ห้องแยก และการผูกมัด และ ค) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ และการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมบำบัดในช่วงที่อารมณ์สงบ เป็นการส่งเสริมให้ได้ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการแสดงออกที่เหมาะสม และ 3) การบำบัดรักษาด้าน

จิตสังคม ประกอบด้วย ก) การบำบัดทางพฤติกรรม (behavior therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การกล้าแสดงออกที่เหมาะสม โดยมีการเสริมแรงทางบวกเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการฝึกทักษะในการผ่อนคลายเมื่อมีอารมณ์โกรธ ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ข) การบำบัดทางความคิด (cognitive interventions) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการทำหน้าที่ของความคิดที่ไม่สมเหตุผล เป็นการตรวจสอบความคิดและพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง ค) การบำบัดด้วยกลุ่ม (group therapy) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา ง) การบำบัดทางครอบครัว (family therapy) ช่วยลดความโกรธ และแก้ไขปัญหในการแสดงปฏิกิริยาการตอบสนองของครอบครัว (น้ำจิต กุลอ่อน, 2552) จ) การบำบัดด้วยคำพูด (verbal intervention) เป็นการบำบัดที่เน้นเมื่อผู้ป่วยแสดงความโกรธที่มีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (กัญญาวรรณระเบียบ, 2555) และ ฉ) การจัดการกับความโกรธ (anger management) เป็นฝึกทักษะชีวิต หลักคำคัญเน้นที่ความคิด สิ่งเข้าทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Novaco, 1994) โดยการจัดการกับความโกรธเป็นการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักความโกรธ ลักษณะของพฤติกรรม และสัญญาณเตือนทางกายที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์โกรธ สัญญาณที่บ่งบอกถึงการสูญเสียการควบคุมความโกรธ และเรียนรู้แนวทางในการตอบสนองความโกรธตั้งแต่วิธีเริ่มต้นเรียนรู้ความแตกต่างของการตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก จากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Tardiff, 1999 อ้างถึงในน้ำจิต กุลอ่อน, 2552) การป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นที่จะต้องควบคุม จัดการกับความโกรธก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากความโกรธเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธจะเน้นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผ่านกระบวนการการปรับกระบวนการคิด ให้เรียนรู้ความโกรธ และจัดการกับความโกรธ (Novaco, 1994)

แนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1994) ได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผ่านกระบวนการการปรับกระบวนการคิดของผู้ป่วย และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขึ้น โดยมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ดั้งการศึกษาของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 100 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลย และการศึกษาของน้ำจิต กุลอ่อน (2552) ที่ศึกษาการสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 19 คน สามารถจัดการกับความโกรธของตนเองได้เหมาะสม ยกเว้นผู้ป่วย 1 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังการบำบัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตที่ติดสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้ในการจัดการความโกรธ คะแนนพฤติกรรมรุนแรง และวันนอนแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลสวนปรุงมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมิน HoNos หมวด 1 ซึ่งเป็นหมวดที่ประเมินปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมมากเกินไป หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น วุ่นวาย หรืออยู่ไม่สงบ มีการใช้ห้องแยกการบริหารยา การจัดสิ่งแวดล้อม (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2560) ซึ่งระบบการดูแลดังกล่าวสามารถระงับพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในระยะเวลาสั้นๆ แต่ยังไม่สามารถจัดการกับกระบวนการคิดที่มีผลต่ออารมณ์โกรธที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ทั้งนี้มีการศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (ทศพล อะกะเรือน, 2559) แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีการดำเนินโรคและการบำบัดรักษาที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง หากผลลัพธ์เป็นไปในทางบวก จะได้นำโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ในงานประจำ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

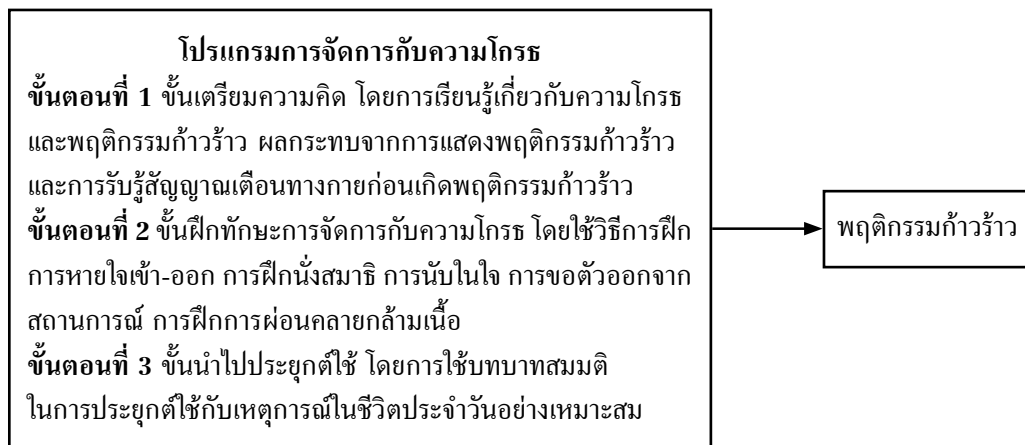
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย

ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งการฝึกกระบวนการคิดทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้โดยอัตโนมัติด้วยตนเอง โดยกลไกการเกิดกระบวนการทางปัญญาและการเรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความคิดเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 2)

ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ เป็นการฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ เป็นการใช้บทบาทสมมติในการประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยเชื่อว่า หากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับโปรแกรม จะเกิดกระบวนการทางปัญญา เกิดความคิดใหม่ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเรียนรู้ในการใช้ทักษะการควบคุมความโกรธ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR หรือเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และได้รับการรักษา

แบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน ซึ่งประเมินจากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้ และ/หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ หรือบันทึกการให้ยาฉีดและยาตามอาการ (prn) 2) ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์

ที่รุนแรง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษ แอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version [CIWA-Ar]) 3) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชและโรคร่วมทางกายที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ 4) อายุ 19–59 ปี 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือกลับมามีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.40 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดจากตารางการคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล ของ Cohen (1988) (จากการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา [2553] ได้ขนาดอิทธิพล 4.54) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 18 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหัตย์รัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธ ของ Novaco (1975) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ และ ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

1. ขั้นเตรียมความคิด มีกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรู้จักพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ

แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความโกรธ จากนั้นสอนเกี่ยวกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว และกระบวนการคิด

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและการรับรู้สัญญาณเตือนทางกาย ก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้บอกผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และอธิบายถึงการรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นร่วมกันหาแนวทางการป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว

2. ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ มีกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ฝึกการหายใจเข้า-ออก การฝึกนั่งสมาธิ การนับในใจ และการขอตัวออกจากสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการพูดเพื่อแสดงความรู้สึก และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ฝึกการพูดที่เหมาะสมเพื่อแสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์ และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3. ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ มีกิจกรรม 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การใช้บทบาทสมมติในการนำไปประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้เลือกใช้ทักษะการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามที่ได้เรียนรู้มา ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Saunders (1987 อ้างถึงในพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนิน บุญเจริญ, และสุนทรี ศรีโกสโย, 2549) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก 5

ตัวเลือก และ 8 ตัวเลือก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-67 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับเล็กน้อย (น้อยกว่า 8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่า 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก และกลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตในงานวิจัยของหัตถ์รัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่ประยุกต์จากแบบสังเกตพฤติกรรมรุนแรงของกษพงศ์ สารการ (2542) ซึ่งได้แปลและดัดแปลงจากแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale) ของ Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, and Williams (1986) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา จำนวน 4 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อตนเอง จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ครั้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 ครั้ง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ครั้งขึ้นไป โดยนับจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยแต่ละคนรวมกัน และนับจำนวนคนที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90 และนำแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวไปทดลองสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 โรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทำการสังเกตผู้ป่วยคนเดียวกัน หอผู้ป่วยละ 5 คน รวมจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 031/2019 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 25/2562 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยกรุณา 3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และขอให้ทีมการดูแลผู้ป่วยทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคนทุกเวอร์ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด หอผู้ป่วยกรุณา 3 ให้ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ โดยดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มวันละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมการดูแลประจำหอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 ทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยกรุณา 2 และหอผู้ป่วยกรุณา 3 ทำการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มควบคุมแต่ละคน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ independent t-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบ

พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี ($SD = 8.96$, $Med = 38$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.45 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 0–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 6.22 ครั้ง ($SD = 8.70$, $Med = 2$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 0–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.44 ปี ($SD = 2.92$, $Med = 3$) อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.89 โดยอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉลี่ย 16.67 ปี ($SD = 2.55$, $Med = 15$) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชกลุ่ม benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.78 ปี ($SD = 7.21$, $Med = 43$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.78 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ

88.89 โดยมีจำนวนครั้งของการรักษาเฉลี่ย 2.33 ครั้ง ($SD = 2.55$, Med = 1) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 0–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.60 ปี ($SD = 2.87$, Med = 2) อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.89 โดยอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเฉลี่ย 18.11 ปี ($SD = 2.15$, Med = 18) และทั้งหมดได้รับยาจิตเวชกลุ่ม benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.754$, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อผู้อื่นต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.810$, $p < .01$ และ $Z = -2.826$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	ก่อนการทดลอง (n = 9)		หลังการทดลอง (n = 9)		Wilcoxon signed-rank test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทางวาจา	1.22	.44	.00	.00	-2.810	.005
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.89	.33	.00	.00	-2.826	.005
โดยรวม	2.11	.60	.00	.00	-2.754	.006

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.915$, $p < .01$) เมื่อจำแนกเป็นรายรูปแบบ พบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.204$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมและรายรูปแบบไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
จำแนกเป็นรายรูปแบบและโดยรวม

พฤติกรรมก้าวร้าว	กลุ่มทดลอง (n = 9)		กลุ่มควบคุม (n = 9)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
ทางวาจา	.00	.00	.44	.53	-2.204	.028
ทางกายต่อวัตถุสิ่งของ	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อตนเอง	.00	.00	.00	.00	.000	1.000
ทางกายต่อผู้อื่น	.00	.00	.22	.44	-1.458	.145
โดยรวม	.00	.00	.67	.50	-2.915	.004

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อีกทั้งพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ซึ่งผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในงานวิจัยของหทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับความโกรธของ Novaco (1975) ที่เชื่อว่า กระบวนการทางปัญญามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของบุคคล การฝึกกระบวนการคิดทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความโกรธ และสามารถนำไปใช้ได้โดยอัตโนมัติด้วยตนเอง โดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด เป็นการ

เรียนรู้เกี่ยวกับความโกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว กระบวนการคิด ผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้สัญญาณเตือนทางกายก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งการหาแนวทางการป้องกันหรือยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นให้ลดลงหรือหยุดลงได้ ขั้นที่ 2 ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ เป็นการฝึกการกำจัดความโกรธด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกการหายใจเข้า-ออก การฝึกนั่งสมาธิ การนัมในใจ การขอตัวออกจากสถานการณ์ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รวมทั้งการฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึก และขั้นที่ 3 ขั้นนำไปประยุกต์ใช้ เป็นการใช้บทบาทสมมติ และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ และสามารถจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสม จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความโกรธ จึงเกิดกระบวนการทางปัญญาเกิดความคิดใหม่ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความโกรธของตนเอง มีการเรียนรู้การใช้ทักษะการจัดการกับความโกรธ และแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของพญกัศดิ์ ผ่างแก้ว และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ที่พบว่า

หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการกับความโกรธโดยเน้นการปรับความคิด มีคะแนนความโกรธลดลงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของหัทธรัตน์ ดิษฐอิง (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการสอนการจัดการกับความโกรธร้อยละ 100 ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการศึกษาของสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2553) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความโกรธ มีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพจิตควรนำโปรแกรมการจัดการกับความโกรธไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติอื่นในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังการทดลองเป็น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อทดสอบความคงอยู่ของผลของโปรแกรม และหากเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นซ้ำในระยใด ควรมีการให้โปรแกรมห้โปรแกรมดังกล่าวเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กษพงศ์ สารการ. (2542). *พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญญารัตน ระเบียบ. (2555). *ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศพล อะกะเรื่อน. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับความโกรธในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/39403?mode=full>

ทานตะวัน สุระเดชาสกุล. (2556). *เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง แอลกอฮอล์กับความรุนแรง*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

น้ำจิต กุลอ่อน. (2552). *การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์* (การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บัณฑิต ศรีไพศาล. (2553). *การวิจัยพฤติกรรมการณ์และการรับรู้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา เยาวชนอายุ 9-25 ปีทั่วประเทศ ปี 2552*. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

ปริทรรศ ศิลปกิจ, และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง*. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.

พญกัณฑ์ ผางแก้ว, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). *ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 53-69.

- พันธุ์นา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จูชา, อธิป ตันอารีย์, ปาทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2560). รายงานการศึกษาเรื่อง ความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนดาการพิมพ์.
- พันธุ์นา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และ สุนทรี ศรีโกไสย. (บ.ก.). (2549). แนวเวชปฏิบัติ การให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2560). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปีพ.ศ. 2560. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565ก). สถิติผู้ป่วยใน ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2565. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2565ข). สถิติรายงานอุบัติการณ์ กลุ่มโรคผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2565. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 18(2), 105–112.
- สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย. (บ.ก.). (2565). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: วนดาการพิมพ์.
- หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง. (2550). การสอนการจัดการกับความโกรธเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (การศึกษาระดับปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington Books.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21–59). The University of Chicago Press.
- Schuckit, M. A. (2005). Alcohol-related disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry Vol. 1* (pp. 1168–1188). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35–39. doi:10.1176/ajp.143.1.35

คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: การศึกษาเชิงพรรณนาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ Quality and Safety in the Care of Patients with Sepsis: A Descriptive Study in the Emergency Department of a Tertiary Hospital

วิชาญ พูลเงิน, พย.บ. ¹

Wicharn Poolngern, B.N.S. ¹

บุศริน เอี้ยวสีหยก, Ph.D. (Nursing) ²

สรชา วาณิชมนตรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Busarin Eiu-Seeyok, Ph.D. (Nursing) ²

Soracha Wanichmontri, M.N.S. (Adult Nursing) ³

อรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ⁴

ชัชฎาภา บุญโยประการ, พย.บ. ⁵

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing) ⁴

Chachayapa Bunyoprakarn, B.N.S. ⁵

Received: December 1, 2025 Revised: December 21, 2025 Accepted: December 24, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านคุณภาพการพยาบาล และด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2567 จำนวน 119 ราย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบประเมินสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ลักษณะทางคลินิก การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าความเชื่อมั่น 1, .95 และ 1 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2568 วิเคราะห์

^{1,5} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

^{1,5} Registered Nurse, Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province

²⁻⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²⁻⁴ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายระบบ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ เหนื่อย และมีไข้ มีระดับแลคเตทในเลือดเฉลี่ย 3.18 มิลลิโมล/ลิตร ($SD = 3.41$) ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 60.50 สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระยะเวลาที่ใช้รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 150.24 นาที ($SD = 72.58$) พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.89 และอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 7.56 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคตาม SOS score มีความสัมพันธ์กับทั้งอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองความรุนแรงระยะแรกเริ่ม และลดระยะเวลาที่ใช้รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสเลือด ชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง
คุณภาพการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to examine the relationships between clinical characteristics and nursing practices based on standard guidelines and clinical outcomes related to quality of care and patient safety among patients with sepsis. The sample consisted of medical records of 119 patients with sepsis who presented to the emergency department of a tertiary hospital between January 1 and June 30, 2024. The research instrument was a nursing situation assessment form for patients with sepsis, comprising three components: clinical characteristics, nursing practices, and clinical outcomes. The reliability coefficients were 1, .95, and 1, respectively. Data were collected from January to June 2025 and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as Chi-square test and Fisher's exact test.

The research results showed that most patients with sepsis were older adults with multiple comorbidities. The most common presenting symptoms were dyspnea and fever. The mean blood lactate level was 3.18 mmol/L ($SD = 3.41$). Most patients received antibiotics within one hour after diagnosis (60.50%). Regarding clinical outcomes, the mean emergency department length of stay was 150.24 minutes ($SD = 72.58$). The in-hospital mortality rate was 26.89%, and the incidence of hypotension in the emergency department was 7.56%. Statistical analysis revealed that disease severity, as measured by the SOS score, was

significantly associated with both in-hospital mortality and the occurrence of hypotension in the emergency department among patients with sepsis.

This research suggests that administrators should promote early severity screening and reduce emergency department length of stay to improve the quality of care and enhance patient safety for patients with sepsis.

Keywords: Sepsis, 1-hour sepsis bundle, Quality of nursing care, Patient safety, Emergency department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงสูง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก โดยเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะหลายระบบของร่างกาย จากการศึกษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกในช่วงปี พ.ศ. 2533–2560 พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของประชากรโลก (Rudd et al., 2020) สำหรับประเทศไทยจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (Health Data Center [HDC]) ประมวลผลข้อมูลวันที่ 18 พฤศจิกายน 2568 พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ในช่วงปีงบประมาณ 2566–2568 จำนวน 88,609 ราย 89,992 ราย และ 80,623 ราย ตามลำดับ คิดโดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 220–250 รายต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวนับเป็นความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมักเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง ความรู้สึกตัวลดลง หายใจลำบาก โดยมีรายงานว่า ร้อยละ 59.30 ของผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และระบบประสาท และมากกว่าร้อยละ 40 เกิดภาวะล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต

(Bunyaphatkun et al., 2017; Quinten, van Meurs, Wolffensperger, Ter Maaten, & Ligtenberg, 2018) ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทรุดลงทางคลินิกจนนำไปสู่ภาวะช็อก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉิน ความรวดเร็วและความครบถ้วนของการคัดกรองของพยาบาลห้องฉุกเฉิน การได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานในระยะแรก และการมีโรคร่วมหลายระบบ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงได้ผ่านระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพในระยะแรกที่ห้องฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากปัญหาข้างต้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง (1-hour sepsis bundle) ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยเน้นกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินความรุนแรงของโรค การให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีหลักฐานว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เกือบร้อยละ 20 (Evans et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การนำชุดการดูแลดังกล่าวไปใช้ในบริบทของห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ รายงานภายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

ที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15 และ 24 เป็นร้อยละ 27 ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2564 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2566) แม้จะมีการกำหนดนโยบายให้ใช้แนวทางตามชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis bundle) ก็ตาม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในกระบวนการพยาบาล เช่น การคัดกรองความรุนแรงที่ล่าช้า การใช้เครื่องมือประเมินไม่ครบถ้วน การให้การรักษามั้ตามเกณฑ์เวลา ความแตกต่างของทรัพยากรบุคคลตามช่วงเวรการทำงาน

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินต้องอาศัยการพยาบาลที่เป็นระบบและเชิงรุก และตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย การประเมินอาการเบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของโรค การเฝ้าระวังภาวะการไหลเวียนเลือดต่ำ การดำเนินการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ กระบวนการเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Seymour et al., 2016) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ปลายทาง เช่น อัตราการเสียชีวิตหรืออัตราการเกิดภาวะช็อก โดยยังขาดการศึกษาเชิงพรรณนาที่สะท้อนถึงสถานการณ์จริงของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแล อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแล ของ Donabedian (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งอธิบายว่า คุณภาพการดูแลสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) อย่างเป็นระบบ โดยโครงสร้าง หมายถึง ปัจจัยด้านระบบ และการจัดการของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน เช่น นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ติดเชื้อในกระแสเลือด การจัดระบบให้บริการ กระบวนการ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น การประเมินความรุนแรง การเริ่มต้นการรักษาภายในเวลาที่กำหนด ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน การเสียชีวิตในโรงพยาบาล และการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน สำหรับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยถูกพิจารณาเป็นปัจจัยด้านบริบท (context) ที่อาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (Pronovost, Nolan, Zeger, Miller, & Rubin, 2004)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาททั้งในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจารย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง บริบทด้านลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย และกระบวนการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อระบุช่องว่างของระบบการพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

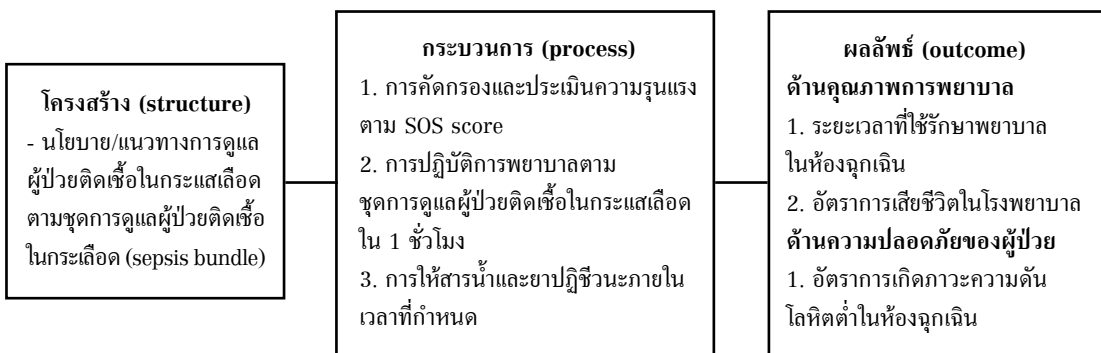
1. เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิก การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านคุณภาพการพยาบาลและด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแล ของ Avedis Donabedian (Donabedian, 1988) เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้าง (structure) เป็นปัจจัยด้านระบบและการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน 2) กระบวนการ (process) เป็นการดำเนินงานกิจกรรม

หรือการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) เป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ ลักษณะทางคลินิกถูกนำมาใช้เป็นปัจจัยด้านบริบท (context) ซึ่งอาจมีผลต่อกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (Pronovost et al., 2004) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (severe sepsis) หรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) 3) ผู้ป่วย

ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนหรือขณะรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน 4) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยตรงในโรงพยาบาล และได้รับการดูแลรักษาจนครบกระบวนการในโรงพยาบาล โดยไม่ได้ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น (non-refer-in) และไม่ได้ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (non-refer-out) และ 5) เวชระเบียนมีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) สำหรับการทดสอบ Chi-square test of independence โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดเล็ก เท่ากับ .30 (Cohen, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับขนาดอิทธิพลที่รายงานจากการศึกษาของพิชญพันธุ์ จันตระ และคณะ (2565) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวน
เวชระเบียนของผู้ป่วย 108 ราย และเพื่อเป็นการทดแทน
ในกรณีที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือไม่ตรงตามเกณฑ์
ที่กำหนด จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวน
เวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งสิ้น 119 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
เป็นแบบประเมินสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกลักษณะทางคลินิกของ
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบริบท
ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การวินิจฉัยโรคหลัก
ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวนโรคร่วม
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ระดับความรู้สึกตัว
ระดับอุณหภูมิ search out severity (SOS) score
และระดับแลคเตทในเลือด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะ
คำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล
ตามชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน
1 ชั่วโมง (1-hour sepsis bundle) จำนวน 7 ข้อใหญ่
(17 ข้อย่อย) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ
ว่าปฏิบัติ ไม่ได้ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ครบ หรือไม่ต้องปฏิบัติ/
ไม่มีแผนการรักษา

ชุดที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของ
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อประเมินผลลัพธ์
ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้รักษา
พยาบาลในห้องฉุกเฉิน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ
และการเสียชีวิตในโรงพยาบาล มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ
ให้เลือกตอบว่ารอดชีวิตหรือเสียชีวิต และผลลัพธ์ด้าน
ความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะความดัน
โลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ
ให้เลือกตอบว่าไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เกิดภาวะ
ความดันโลหิตต่ำ หรือมาด้วยภาวะความดันโลหิตต่ำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้
ผู้วิจัยนำแบบประเมินสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย

ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน
3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ
ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ
ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
(CVI) เท่ากับ 1, .96 และ .96 ตามลำดับ ดำเนินการ
แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้เก็บรวบรวม
ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ
ผู้ป่วยเจ้าของเวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย
2 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย
รายเดียวกัน จำนวน 30 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้
ในการบันทึกข้อมูลและความสอดคล้องระหว่างผู้เก็บ
รวบรวมข้อมูล หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน
(inter-rater reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์
แคปปาของโคเฮน ได้ค่าเท่ากับ 1, .95 และ 1 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6
(เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 067/67 วันที่ 15
กรกฎาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ
2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งว่า
ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้
ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนิน
การวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานพยาบาล
ห้องฉุกเฉิน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขออนุญาต
เข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง
30 มิถุนายน 2567 จากนั้นเลือกเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่
กำหนด โดยผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบฐานข้อมูล

สารสนเทศของโรงพยาบาล (โปรแกรม PPK11) และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกทั้ง 3 ชุด ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านคุณภาพการพยาบาลและด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test เมื่อ expected frequency ในแต่ละช่องมีค่า ≥ 5 อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนช่องทั้งหมด และไม่มีช่องใดที่มี expected frequency < 1 กรณีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 71.64 ปี ($SD = 14.58$) การวินิจฉัยโรคหลักคือ โรคระบบหายใจ (เช่น pneumonia, COPD, CA lung) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 2-3 โรค คิดเป็นร้อยละ 63.87 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ เหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 43.70 ส่วนใหญ่รู้สึกตัวดี คิดเป็นร้อยละ 68.07 โดยมี GCS score เฉลี่ย 13.37 ($SD = 2.94$) มีอุณหภูมิเฉลี่ย 38.15 องศาเซลเซียส ($SD = 1.15$) มี SOS score มากกว่า 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.78 โดยมี SOS score เฉลี่ย 4 คะแนน ($SD = 1.91$) และมีระดับแลคเตทในเลือดอยู่ในช่วง 0.50-2.20 มิลลิโมล/ลิตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.90 โดยมีระดับแลคเตทในเลือดเฉลี่ย 3.18 มิลลิโมล/ลิตร ($SD = 3.41$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ (n = 119)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (min = 22, max = 97, $M = 71.64$, $SD = 14.58$)		
15-64 ปี	34	28.57
65-79 ปี	44	36.98
80 ปีขึ้นไป	41	34.45
การวินิจฉัยโรคหลักร่วมกับการติดเชื้ในกระแสเลือด		
โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน (เช่น DM, DKA, HSS)	4	3.36
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น CHF, VHD, hypertension)	13	10.92
โรคระบบหายใจ (เช่น pneumonia, COPD, CA lung)	34	28.57
โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ (เช่น UTI, acute pyelonephritis, BPH)	22	18.49
โรคระบบทางเดินอาหาร (เช่น acute diarrhea, colitis, AGE)	15	12.61
โรคเกี่ยวกับสมองและไขสันหลัง (เช่น alteration of consciousness, cerebral infarction, ischemic stroke)	9	7.56
โรคเกี่ยวกับเนื้อเยื่อและผิวหนัง (เช่น cellulitis, necrotizing fasciitis)	7	5.88
อื่นๆ (เช่น AFI, CA breast)	15	12.61

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐาน
ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ (n = 119) (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนโรคร่วม		
0-1 โรค	21	17.65
2-3 โรค	76	63.87
4 โรคขึ้นไป	22	18.49
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล (มากกว่า 1 อาการ)		
เหนื่อย	52	43.70
มีไข้	51	42.86
ซึม	29	24.37
อ่อนเพลีย	25	21.01
ปวดท้อง	7	5.88
ปัสสาวะขุ่น/ปัสสาวะลำบาก	7	5.90
อื่นๆ (เช่น แขนงอก คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว)	41	34.45
ระดับความรู้สึกตัว (GCS) (min = 3, max = 15, M = 13.37, SD = 2.94)		
รู้สึกตัวดี	81	68.07
สับสน	6	5.04
ซึมแต่เรียกลืมตา	17	14.29
ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	8	6.72
ไม่รู้สึกตัว	7	5.88
ระดับอุณหภูมิ (min = 36, max = 43.2, M = 38.15, SD = 1.15)		
36.0-37.9 องศาเซลเซียส	47	39.50
38.0-38.9 องศาเซลเซียส	54	45.38
39.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป	18	15.12
search out severity (SOS) score (min = 0, max = 9, M = 4, SD = 1.91)		
0-4 คะแนน	55	46.22
มากกว่า 4 คะแนน	64	53.78
ระดับแลคเตทในเลือด (min = .61, max = 28.34, M = 3.18, SD = 3.41)		
0.50-2.20 มิลลิโมล/ลิตร	57	47.90
2.21-4.00 มิลลิโมล/ลิตร	35	29.41
มากกว่า 4.00 มิลลิโมล/ลิตร	27	22.69

2. การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การประเมินผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยน้อยกว่า 1 นาที ($SD = .88$) มีการประเมิน organ dysfunction/ tissue hypoperfusion คิดเป็นร้อยละ 85.70 มีการเจาะแลคเตท (ครั้งแรก) คิดเป็นร้อยละ 93.30 สำหรับการดูแลรักษาตามแนวทาง achieve goal

ใน 1 ชั่วโมง ในส่วนการส่งตรวจ blood culture 2 specimen ภายใน 1 ชั่วโมง ปฏิบัติได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.30 รองลงมา คือ การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 60.50 การให้สารน้ำเพื่อการกู้ชีพ คือ Ringer's acetate solution (RAS) 1,000 มิลลิตร ภายใน 30 นาที ปฏิบัติได้ร้อยละ 34.45

ถ้าผู้ป่วยมีค่า mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 มม.ปรอท มีการประเมิน fluid responsiveness และปรับ levophed คิดเป็นร้อยละ 4.20 มีการเจาะแลคเตทซ้ำ (ถ้าตรวจครั้งแรกพบค่าสูง) คิดเป็นร้อยละ 15.97 และมีการประเมิน lactate clearance $\geq 20\%$ ใน 2 ชั่วโมง ทั้ง 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 31.09 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ (n = 119)

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ/ ปฏิบัติไม่ครบ		ไม่ต้องปฏิบัติ/ ไม่มีแผนการรักษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินผู้ป่วย (นาทิจ) (min = 0, max = 7, M = .97, SD = .88)						
การประเมิน SIRS อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ	98	82.40	21	17.60	0	.00
การประเมิน SOS score	63	52.94	56	47.06	0	.00
2. การประเมิน organ dysfunction/ tissue hypoperfusion	102	85.70	17	14.30	0	.00
3. การเจาะแลคเตท (ครั้งแรก)	111	93.30	3	2.50	5	4.20
4. การดูแลรักษาตามแนวทาง achieve goal ใน 1 ชั่วโมง						
4.1 การส่งตรวจ blood culture 2 specimen ภายใน 1 ชั่วโมง	86	72.30	16	13.40	17	14.29
4.2 การให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิตร ภายใน 30 นาที	41	34.45	37	31.10	41	34.45
4.3 การบันทึก BP หลังได้สารน้ำ RAS 30 นาที	53	44.54	16	13.45	50	42.01
4.4 การบันทึกสัญญาณชีพหลังให้สารน้ำครบ	59	49.58	14	11.76	46	38.66
4.5 การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	72	60.50	47	39.50	0	.00
4.6 การบันทึกสัญญาณชีพซ้ำหลังให้สารน้ำครบ 1,000 มิลลิตร ภายใน 30 นาที	66	55.46	22	18.49	31	26.05
4.7 ถ้า MAP < 65 มม.ปรอท พิจารณาให้ levophed	47	39.50	16	13.45	56	47.05
4.8 ถ้าหายใจเหนื่อยหอบ/ซึม หรือ SpO ₂ < 90% พิจารณาให้ HFNC/ intubation	27	22.69	14	11.76	78	65.55
5. ถ้า MAP ≥ 65 มม.ปรอท ประเมิน fluid responsiveness ปรับ levophed	5	4.20	16	13.45	98	82.35
6. การเจาะแลคเตทซ้ำ (ถ้าตรวจครั้งแรกพบค่าสูง)	19	15.97	9	7.56	91	76.47

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉิน
ของโรงพยาบาลตติยภูมิ (n = 119) (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ/ ปฏิบัติไม่ครบ		ไม่ต้องปฏิบัติ/ ไม่มีแผนการรักษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ประเมิน lactate clearance $\geq$ 20% ใน 2 ชั่วโมง						
7.1 ถ้า lactate clearance < 20% ใน 2 ชั่วโมง ประเมิน fluid responsiveness, Hct/ Hb, cardiac function (echo)	12	10.08	27	22.69	80	67.23
7.2 ถ้า Hct < 30% ให้ LPRC transfusion	10	8.40	26	21.85	83	69.75
7.3 ถ้า poor cardiac function ให้ dobutamine IV drip	15	12.61	9	7.56	95	75.63

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านคุณภาพการพยาบาล พบว่า ระยะเวลาที่ใช้รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 150.24 นาที ($SD = 72.58$) โดยผู้ป่วยใช้เวลารักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินมากกว่า 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.78 และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.89 ส่วนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 7.56 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ (n = 119)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน (min = 52, max = 410, $M = 150.24$, $SD = 72.58$)		
1-60 นาที	3	2.52
61-120 นาที	52	43.70
มากกว่า 120 นาที	64	53.78
การเสียชีวิตในโรงพยาบาล		
รอดชีวิต	87	73.11
เสียชีวิต	32	26.89
การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน		
ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ	90	75.63
เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ	9	7.56
มาด้วยภาวะความดันโลหิตต่ำ	20	16.81

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน คุณภาพการพยาบาล (อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคตาม SOS score มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.928, r = .258, p < .01$) ส่วนการให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที และการให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ ที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านคุณภาพการพยาบาล (อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล) ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ

ตัวแปร	n	การเสียชีวิตในโรงพยาบาล		r	χ^2	p
		รอดชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)			
search out severity (SOS) score (n = 119)						
0–4 คะแนน	55	47 (85.45)	8 (14.55)	.258	7.928	.005
มากกว่า 4 คะแนน	64	40 (62.50)	24 (37.50)			
การให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที (n = 78)*						
ได้ครบตามเวลา	41	27 (65.85)	14 (34.15)	-.047	.174	.676
ได้ไม่ครบตามเวลา	37	26 (70.27)	11 (29.73)			
การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/ เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย (n = 119)						
ได้ตามเวลา	72	55 (76.39)	17 (23.61)	-.092	.997	.318
ไม่ได้ตามเวลา	47	32 (68.09)	15 (31.91)			

* กำหนดเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้สารน้ำ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และ การปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน ความปลอดภัยของผู้ป่วย (อัตราการเกิดภาวะความดัน โลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน) ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อจำกัดการวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะความดัน โลหิตต่ำขณะมาถึงห้องฉุกเฉิน พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคตาม SOS score มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิด ภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยติดเชื้อ

ในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.991, r = .326, p < .01$) ส่วนการให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที และการให้ยาปฏิชีวนะ ครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลัง การวินิจฉัย ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะ ความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางคลินิก
ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน) ของ
ผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉินของ
โรงพยาบาลตติยภูมิ

ตัวแปร	n	การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน		r	χ ²	p
		ไม่เกิด จำนวน (ร้อยละ)	เกิด จำนวน (ร้อยละ)			
search out severity (SOS) score (n = 99)						
0-4 คะแนน	51	51 (100.00)	0 (.00)	.326	13.991	.001
มากกว่า 4 คะแนน	48	39 (81.25)	9 (18.75)			
การให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที (n = 60)*						
ได้ครบตามเวลา	30	26 (86.67)	4 (13.33)	.052	.162	1.000
ได้ไม่ครบตามเวลา	30	27 (90.00)	3 (10.00)			
การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/ เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย (n = 99)						
ได้ตามเวลา	40	35 (87.50)	5 (12.50)	.098	.944	.479
ไม่ได้ตามเวลา	59	55 (93.22)	4 (6.78)			

* คำนวณเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้สารน้ำ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด
ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานในห้องฉุกเฉิน
ของโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุ
เฉลี่ย 71.64 ปี) โดยมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป
มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นโรค
ระบบหายใจ มากที่สุด รองลงมา คือ โรคไตและระบบ
ทางเดินปัสสาวะ และส่วนใหญ่มักร่วม 2-3 โรค ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ Rudd et al. (2020) และ
การศึกษาของ Mellhammar et al. (2023) ที่ระบุว่า
ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด

เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันลดลงและมีความเปราะบาง (frailty)
และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดนและจีนที่
พบว่า การมีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรค COPD โรคไต
เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก
และการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Mellhammar et al.,
2023; Weng et al., 2023)

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ เหนื่อย
มีไข้ (อุณหภูมิเฉลี่ย 38.15 องศาเซลเซียส) และซึม
โดยมี GCS score เฉลี่ย 13.37 คะแนน ซึ่งเป็น
สัญญาณเตือนหลักของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
ตามเกณฑ์ของ Surviving Sepsis Campaign
(Evans et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีระดับ
แลคเตทในเลือดเฉลี่ย 3.18 มิลลิโมล/ลิตร ซึ่งบ่งชี้ถึง

ภาวะการไหลเวียนเลือดต่ำ (hypoperfusion) อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 26.89 ซึ่งสูงกว่าผลการวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Sabir, Wharton, and Goodacre (2022) ที่พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13 และการศึกษาของคูสิด กล้าตึก, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และเครือทิพย์ เกื่อนขวัญ (2568) ที่พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตที่สูงนี้สะท้อนถึง ความรุนแรงและความซับซ้อนของผู้ป่วยติดเชื้อมี กระแสเลือดที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลตติยภูมินี้

การปฏิบัติกรพยาบาลตามชุดการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง พบว่า การให้ ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการดูแลที่มี หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าช่วยลดอัตราการ เสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาของ Evans et al. (2021) รายงานว่า การให้ยาปฏิชีวนะอย่าง ทันทีที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เกือบร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงคุณภาพของ กระบวนการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็น ถึงช่องว่างด้านการปฏิบัติหลายประการที่อาจส่งผลกระทบต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

ประการแรก การคัดกรองความรุนแรงพบว่า การประเมิน SOS score ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 52.94 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างในกระบวนการคัดกรอง ความรุนแรงระยะแรก (early risk stratification) ที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลใน ลำดับต่อไป ประการที่สอง การให้ยาปฏิชีวนะยังไม่เป็นไป ตามเกณฑ์มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ที่ 1 ชั่วโมง โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับยาปฏิชีวนะ คือ 72.43 นาที สะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติยังไม่สามารถ ดำเนินการได้อย่างทันเวลาที่ผู้ป่วยทุกราย ความล่าช้า ดังกล่าวอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการควบคุม

การติดเชื้อและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคตั้งแต่ ระยะแรก ในด้านการให้สารน้ำเพื่อการกู้ชีพ พบว่า มีการ ให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที จำนวน 41 ราย จาก 78 ราย เมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติสากล ที่แนะนำให้ควรให้สารน้ำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม โดยเร็ว ในกรณีมีภาวะการไหลเวียนเลือดต่ำ (Evans et al., 2021) ช่องว่างดังกล่าวอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดทั้ง ในเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการของระบบการดูแล ในห้องฉุกเฉิน

ข้อจำกัดเชิงระบบที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติ การพยาบาล ได้แก่ การรอกการวินิจฉัยจากแพทย์ การรอ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มดำเนินการตามชุด การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสเลือด และการะงานที่สูง ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติตามแนวทางเกิดความล่าช้า นอกจากนี้ ความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม หลายระบบ ซึ่งเป็นลักษณะผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ในงานวิจัยนี้ และในบริบทประเทศไทย (Sawawiboon, 2014) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การให้สารน้ำเป็นไปด้วย ความระมัดระวังและต่ำกว่ามาตรฐานที่แนะนำ แม้ว่า กิจกรรมหลายประการในชุดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีใน กระแสเลือดจะเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาของ แพทย์ แต่พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการ ดูแล ได้แก่ การคัดกรองความรุนแรงระยะแรก การเฝ้า ระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพ และการเร่งรัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ และปัจจัยด้านบริบทของระบบ การดูแลอย่างชัดเจน ตามกรอบแนวคิดคุณภาพการดูแล ของ Donabedian (1988) และแนวคิดด้านระบบ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ของ Pronovost et al. (2004) โดยพบว่า ลักษณะทางคลินิกและการปฏิบัติ การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของ

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคตาม SOS score มากกว่า 4 คะแนน มีความสัมพันธ์กับทั้งอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Quinten et al. (2018) ที่รายงานว่า ความล่าช้าของการคัดกรองความรุนแรงระยะแรก และข้อจำกัดด้านทรัพยากรในบางช่วงเวลา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการที่มีภาระงานสูง ในผู้ป่วยที่มี SOS score มากกว่า 4 คะแนน พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉินสูงกว่า (ร้อยละ 18.75) และมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น (ร้อยละ 37.50) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มี SOS score 0–4 คะแนน ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงของอาการตั้งแต่ระยะแรก มีผลโดยตรงต่อความล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิตและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขนาดใหญ่ของ Seymour et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีโอกาสดังกล่าวคือ การล้มเหลวของอวัยวะ และการเสียชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการคัดกรองและการรักษาอย่างรวดเร็ว

ในทางตรงกันข้าม เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านกระบวนการดูแล ได้แก่ การให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที และการให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่สงสัย/เป็นไปได้ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย พบว่า อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในห้องฉุกเฉิน ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลไม่เกินไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 4 และ 5) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการมีปัจจัยกวน (confounding factors) โดยเฉพาะลักษณะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคร่วมหลายระบบ ทำให้มีความซับซ้อนและมีความรุนแรงของโรคสูงตั้งแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้

อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลไม่ได้สะท้อนเฉพาะคุณภาพการพยาบาลในห้องฉุกเฉินเพียงช่วงเวลาเดียว แต่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลต่อเนื่องทั้งระบบ ตั้งแต่การวินิจฉัย การดูแลหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน การดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนการรักษาแบบสหวิชาชีพตามแนวทางมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Evans et al. (2021) ที่ระบุว่า ผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นผลสะสมของการดูแลทั้งระบบ ไม่ใช่ผลของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจในส่วนการให้สารน้ำ RAS 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 30 นาที ที่พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 34.15 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับสารน้ำไม่ครบตามเวลามีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 29.73 ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สวนทางกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง ที่แนะนำให้มีการกู้ชีพด้วยสารน้ำอย่างรวดเร็ว (aggressive resuscitation) ภายในชั่วโมงแรก (Evans et al., 2021) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงทางคลินิกของผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินมากกว่าจะเป็นผลจากการให้สารน้ำเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หรือมีภาวะการไหลเวียนเลือดต่ำอย่างรุนแรง มีแนวโน้มได้รับการดูแลอย่างเต็มรูปแบบและรวดเร็ว รวมถึงการได้รับสารน้ำปริมาณมากภายในเวลาอันสั้น การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าจึงเป็นผลจากธรรมชาติของโรค ไม่ใช่ผลเสียโดยตรงจากการให้สารน้ำ ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายด้วยแนวคิด confounding by indication กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงตั้งแต่แรกเริ่ม มีแนวโน้มได้รับการรักษาเชิงรุกมากกว่า แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกแยกว่าเนื่องจากความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะแรก ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabir et al. (2022) และการศึกษาของ Mellhammar et al. (2023) ที่รายงานว่า ผู้ป่วยที่มี

ความรุนแรงสูงมักได้รับการให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว (early aggressive resuscitation) แต่ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตสูง เนื่องจากภาวะเริ่มต้นของโรครุนแรง

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็วและเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะการใช้ SOS score ในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังจำเป็นต้องมุ่งเน้นการปรับปรุงทั้งองค์ประกอบด้านโครงสร้างและกระบวนการ เพื่อลดช่องว่างในการปฏิบัติงาน และยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรจัดการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis management) โดยเน้นการประเมินและการคัดกรองความรุนแรงตั้งแต่ระยะแรกโดยใช้ SOS score ให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย และอาจใช้ระบบทางด่วน (sepsis fast track) ที่พยาบาลสามารถเริ่มกิจกรรมบางอย่างได้ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

1.2 ผู้บริหารและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเฝ้าระวัง เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจหรือโรคไต เพื่อลดความกังวลเรื่องภาวะน้ำเกิน โดยใช้การประเมิน fluid responsiveness แทนการกำหนดปริมาณตายตัว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงระบบและ

โครงสร้างเพิ่มเติม เช่น สมรรถนะของบุคลากร การงาน ความแตกต่างของทรัพยากรตามเวร ลำดับขั้นตอน การปฏิบัติงาน (process flow) เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุของช่องว่างในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อตรวจสอบปรากฏการณ์ confounding by indication ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มที่มีความรุนแรงสูง ซึ่งจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างการให้สารน้ำเพื่อการกู้ชีพอย่างรวดเร็วกับผลลัพธ์ทางคลินิก และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม

2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลหรือแนวทางการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมในห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำและการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/00366a85bd3c2b6932a228df29137252>
- ดุสิต กล้าถึก, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และเกรือทิพย์ เกื่อนขวัญ. (2568). ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร: การศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 35(2), 150-161.

- พิษณุพันธุ์ จันทระ, สมพร ศรีทันดร, จิตินันท์ วัฒนะชัย, ณัฐพล ยวนิช, กิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ, วรพรรณ สัมฤทธิ์รัมย์พร, และนุชนารถ เขียนนุกูล. (2565). ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี*, 5(3), 68–82.
- โรงพยาบาลพระปกเกล้า. (2566). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- Bunyaphatkun, P., Sindhu, S., Davidson, P. M., Utriyaprasit, K., Viwatwongkasem, C., & Chartbunchachai, W. (2017). Factors influencing clinical deterioration in persons with sepsis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 135–147. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/71287/67457>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., ... Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
- 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. doi:10.3758/BF03193146
- Mellhammar, L., Wollter, E., Dahlberg, J., Donovan, B., Olséen, C. J., Wiking, P. O., ... Linder, A. (2023). Estimating sepsis incidence using administrative data and clinical medical record review. *JAMA Network Open*, 6(8), e2331168. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.31168
- Pronovost, P. J., Nolan, T., Zeger, S., Miller, M., & Rubin, H. (2004). How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet*, 363(9414), 1061–1067. doi:10.1016/S0140-6736(04)15843-1
- Quinten, V. M., van Meurs, M., Wolffensperger, A. E., Ter Maaten, J. C., & Ligtenberg, J. J. M. (2018). Sepsis patients in the emergency department: Stratification using the clinical impression score, predisposition, infection, response and organ dysfunction score or quick sequential organ failure assessment score? *European Journal of Emergency Medicine*, 25(5), 328–334. doi:10.1097/MEJ.0000000000000460

- Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., ... Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 395(10219), 200–211. doi:10.1016/S0140-6736(19)32989-7
- Sabir, L., Wharton, L., & Goodacre, S. (2022). Retrospective single-centre descriptive study of the characteristics, management and outcomes of adult patients with suspected sepsis in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 39(4), 272–278. doi:10.1136/emmermed-2020-211111
- Sawawiboon, C. (2014). Pitfalls in the management of sepsis in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(Suppl. 1), S137–S141. Retrieved from <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10905921.pdf>
- Seymour, C. W., Liu, V. X., Iwashyna, T. J., Brunkhorst, F. M., Rea, T. D., Scherag, A., ... Angus, D. C. (2016). Assessment of clinical criteria for sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 762–774. doi:10.1001/jama.2016.0288
- Weng, L., Xu, Y., Yin, P., Wang, Y., Chen, Y., Liu, W., ... China Critical Care Clinical Trials Group (CCCCTG). (2023). National incidence and mortality of hospitalized sepsis in China. *Critical Care*, 27(1), 84. doi:10.1186/s13054-023-04385-x
-

การพยาบาลองค์รวมเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงาน Holistic Nursing Care for Reducing Workplace Violence

สุรีย์ ธรรมิกบวร, ประ.ด. (การพยาบาล)¹

Suree Trumikaborworn, Ph.D. (Nursing)¹

นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล, ประ.ด. (การพยาบาล)²

Nareelux Suwannabol, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 13, 2025

Revised: November 23, 2025

Accepted: November 24, 2025

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในที่ทำงานของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และคุณภาพการบริการทางสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่ตึงเครียด การขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สภาพแวดล้อมการทำงานที่กดดัน รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ “การพยาบาลองค์รวม” เป็นแนวคิดในการลดความรุนแรงในที่ทำงาน โดยเน้นการมองบุคคลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ลดความตึงเครียดและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การดำเนินการเน้น 3 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการวางแผนป้องกันเหตุ 2) การวางระบบการตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงอย่างมีมาตรการ และ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสื่อสารและเผชิญเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย สัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการบริการที่มีคุณภาพ โดยมีพยาบาลเป็นศูนย์กลางของการดูแลด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การพยาบาลองค์รวม การลดความรุนแรงในที่ทำงาน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nareelux.s@nrru.ac.th

Abstract

Workplace violence among healthcare professionals, particularly nurses, has become a critical issue that directly affects quality of life, safety, and the overall quality of healthcare services. Contributing factors include work-related stress, ineffective communication, high-pressure environments, and inappropriate behaviors of patients or their relatives. A holistic nursing approach is a conceptual framework to prevent and reduce workplace violence. The holistic perspective emphasizes caring for individuals as integrated beings—addressing physical, psychological, emotional, social, and spiritual dimensions. Through this approach, nurses can better assess and respond to patients' needs, thereby reducing tension and misunderstandings that may lead to violent incidents. Three main strategies are highlighted: 1) developing information technology systems to enhance communication and preventive planning, 2) establishing systematic response measures to manage violent incidents effectively, and 3) strengthening nurses' competencies in therapeutic communication and crisis management. The expected outcomes include creating a safe working environment, fostering mutual trust among healthcare personnel and patients, and improving the quality of care. Nurses thus play a central role in cultivating a culture of safety and compassion through holistic understanding of human needs.

Keywords: Holistic nursing care, Reducing workplace violence

บทนำ

ความรุนแรงในสถานพยาบาล เป็นภัยคุกคามต่อการทำงานอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัย ความปลอดภัยในการทำงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน โดยเฉพาะความปลอดภัยในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ซึ่งควรเป็นหน่วยที่ปลอดภัยที่สุด เพราะเป็นหน่วยที่ให้การดูแลรักษาและดำเนินการตลอด 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ ความรุนแรงมีทั้งความรุนแรงต่อร่างกาย ต่อจิตใจ เช่น การใช้คำพูดที่รุนแรง การใช้กำลังประทุษร้าย หากเกิดขึ้นในที่ทำงานโดยส่งผลต่อการทำงานของบุคลากร เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อความไม่มั่นใจในการทำงาน หรือก่อให้เกิดความวิตกกังวล หวาดระแวง

ต่อกัน ความรุนแรงมีทั้งระหว่างผู้ร่วมงาน และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สาเหตุของความรุนแรงที่เกิดจากผู้รับบริการ คือ การใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม และสาเหตุจากผู้ให้บริการ คือ เกิดจากพฤติกรรมบริการ (กฤษฎา สังขมณีจินดา และคณะ, 2567) การป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานจึงมีความจำเป็นที่องค์กรควรให้ความสำคัญ ร่วมกันหาทางแก้ไขเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งความปลอดภัยเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สำคัญ สำหรับในมุมมองของผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น จะเกิดความไม่มั่นใจในการให้บริการของพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพลดลง ด้วยต่างระมัดระวังและมีความวิตกกังวลในระหว่างการปฏิบัติงาน นอกจากนี้

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อสถานที่ทำงาน เนื่องจากในสังคมมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็ว ส่งผลต่อการขยายความ ทั้งทางบวกและทางลบได้รวดเร็ว จึงส่งผลกระทบต่อรับรู้ของบุคคล ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลได้ เพราะอาจเกิดการสื่อสารโดยยังไม่มี การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงก่อนสื่อสาร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความเชื่อมโยงของการพยาบาลตามแนวคิดสุขภาพองค์รวมกับการลดความรุนแรงในที่ทำงาน สารประกอบด้วย สถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน การพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม และแนวทางการสื่อสาร เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในที่ทำงานร่วมกันต่อไป

สถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน

ความรุนแรงในที่ทำงานโดยเฉพาะในโรงพยาบาล มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้น ดังข่าวที่สะท้อนความรุนแรง กรณีญาติผู้ป่วยทำร้ายพยาบาลที่หอผู้ป่วยหนักจากการแจ้งห้ามเยี่ยม (สภากาชาดไทย, 2568) นอกเหนือจากข่าวนี้อีกแล้ว มีการศึกษาที่พบว่า แนวโน้มความรุนแรงในที่ทำงานมีมากขึ้นและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น พบในหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลของการถูกรุณแรงตามความรู้สึกต่อเหตุการณ์มากที่สุด คือ มีความรู้สึกโกรธ ร้อยละ 72.40 และรู้สึกสูญเสียความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 76.20 (วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และณวิรัชชา ประเสริฐสุขจินดา, 2553) ความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนใหญ่มาจากญาติผู้ป่วย ร้อยละ 85.10 (อดุลย์ ฉายพงษ์, ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์, และนันทพร ภัทรพุทธ, 2560) และพยาบาลห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองมีประสบการณ์ความ

รุนแรง ร้อยละ 86.50 (Pitja, Auemaneekul, & Powwattana, 2023)

การเกิดความรุนแรงในที่ทำงานมีสาเหตุมาจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา และคณะ (2567) ที่พบว่า สาเหตุการเกิดความรุนแรงที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดจากผู้รับบริการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม โดยมีสาเหตุร่วม คือ การใช้สารเสพติด หรือการดื่มสุรา และสาเหตุจากผู้ให้บริการ คือ เกิดจากพฤติกรรมบริการ แนวทางแก้ไข ปัญหาความรุนแรงในที่ทำงานมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเกิดจากความไม่พึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูง เช่น มีความห่วงกังวลต่อการเจ็บป่วย การไม่ได้รับการพยาบาลในเวลาที่ต้องการขณะอยู่ในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังเกิดจากญาติมีการใช้สารเสพติด หรือการดื่มสุรา จากปัจจัยดังกล่าว การมุ่งให้การดูแลเพื่อรักษาโรคทางกาย รักษาชีวิตผู้ป่วย จึงไม่เพียงพอในมุมมองของผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวม เมื่อร่างกายป่วย ทุกมิติของสุขภาพจะป่วยไปด้วย และเมื่อสภาพจิตใจป่วย ทุกมิติย่อมป่วยด้วยเช่นกัน สิ่งเหล่านี้พยาบาลทุกคนได้รับการสอนและบ่มเพาะให้เข้าใจความเป็นองค์รวมของสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าด้วยการะงานการดูแลสุขภาพมิติร่างกายมีมาก ทำให้การดูแลสุขภาพมิติอื่นๆ ขาดความสมบูรณ์ พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลในทุกมิติของสุขภาพไปพร้อมๆ กันได้ ในมุมมองของผู้เขียนเห็นความจำเป็นว่าต้องมีการออกแบบและเสริมสร้างความเข้าใจในองค์ประกอบของการพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน และเสนอแนวทางที่ชัดเจนเพื่อนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

พยาบาลผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการร่วมแก้ไขปัญหาความรุนแรงในที่ทำงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ความรุนแรงในที่ทำงานนอกจากจะเกิดจากระบบบริการแล้ว สิ่งแวดล้อม

ในการทำงานที่มีความตึงเครียด กดดัน เหนื่อยล้า ล้วนมีผลต่อการสื่อสารและการให้บริการทั้งสิ้น พยาบาลผู้ให้บริการย่อมไม่ต้องการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่ยากต่อการดูแล แนวทางการลดความรุนแรงในที่ทำงานจึงต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการสร้าง ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วย และการบริหารจัดการเชิงระบบให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การดูแล ให้อนุคลากรทำงานตามสมรรถนะอย่างเหมาะสมทั้งด้าน เวลาและความรู้ความสามารถ เพื่อไม่ให้เกิดความกดดัน หรือความเครียดจากการมีชั่วโมงการทำงานเกินค่า มาตรฐาน ซึ่งสภาการพยาบาลได้ประกาศนโยบาย ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย คือ ไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่จากการ ศึกษาพบว่า พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า มาตรฐานเฉลี่ย 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์สุภวัฒน์, 2557)

แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน

ความรุนแรงในที่ทำงานเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การจัดการจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย ซึ่ง แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงานสามารถ ดำเนินการอย่างเป็นระบบใน 3 ส่วน ดังนี้ (พีระศักดิ์ สวนพคุณ, เนลินี ไชยเอีย, และสุชาดา ภัยหลักดี, 2563)

1. การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการวางแผนป้องกันเหตุ หมายถึง การมีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการป้องกัน และส่งเสริมให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น เพิ่ม การสื่อสารด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลที่วางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลด การเผชิญหน้าในการสื่อสารในกรณีต่าง ๆ ที่จะเพิ่ม ความเครียดทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย (อจันรา ณรังษี, พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุภาพรรณ น้อยพิทักษ์, พงศกรณ

วิจิตเวชไพศาล, และพงศธราร วิจิตเวชไพศาล, 2565) เช่น การใช้ AI ในการตอบคำถามหรือในการจัดทำ ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดการความรุนแรง เพื่อ เพิ่มการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน เช่น ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง เช่น ดื่มสุรา มา หรือเคยมีประวัติก่อความรุนแรง บุคลากร ควรร่วมกันวางแผนการดูแลที่เน้นการป้องกันการ ก่อความรุนแรงร่วมด้วย

2. การวางระบบการตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงอย่างมีมาตรการ หมายถึง การวางระบบเผชิญ เหตุ ป้องกันเหตุไว้อย่างเป็นระบบ และมีการสื่อสาร ในองค์กรให้ทราบและถือปฏิบัติ เช่น การประกาศ เป็นนโยบาย การพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดทำ แนวทางการจัดการความรุนแรงในระยะก่อนเกิดเหตุ เช่น การทำประตูปิดเปิดในห้องฉุกเฉิน การติดตั้ง กล้องวงจรปิด การสแกนนิ้วมือก่อนเข้าห้อง การจัดการ ระหว่างเกิดเหตุ เช่น การติดตั้งไซเรนหน้าห้อง เมื่อ ไซเรндังจะมีเจ้าหน้าที่มายังจุดเกิดเหตุ มีการประเมิน สถานการณ์ และเข้าควบคุม ส่วนการจัดการหลังเกิดเหตุ มีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การเยียวยาทางจิตใจ และ การสอบสวนเหตุการณ์ (อมรภรณ์ ลาภเหลือ, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทช์ บุญมีพงศ์, และสมเกียรติ ศิริรัตนพุกภัย, 2565)

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสื่อสาร และเผชิญเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การจัด กิจกรรมพัฒนาบุคลากรในการป้องกัน แก้ไขสถานการณ์ เช่น การพัฒนาด้านการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการ เผชิญเหตุ จากการศึกษาพบว่า การจัดอบรมเกี่ยวกับการ จัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีความจำเป็น ต่อการเตรียมพร้อมทักษะในการป้องกันความรุนแรง ในที่ทำงาน (อิสรา ศรีทอง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, 2566)

จากแนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน ข้างต้น สามารถนำแนวคิดการพยาบาลองค์กรรวมมา ประยุกต์ใช้ได้ เนื่องจากจะช่วยในการมองบุคคลอย่าง

เป็นองค์รวม และนำมาสู่การให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และลดโอกาสเกิดความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยด้านตัวบุคคลและด้านสภาพแวดล้อม

การพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความเสี่ยงในการทำงาน

แนวคิดการพยาบาลองค์รวม เป็นการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลประกอบด้วยมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว หากมิติใดมีความเปราะบางหรือเกิดปัญหาสุขภาพในทุกมิติจะมีการปรับตัวให้เข้าสู่สมดุล การให้การพยาบาลโดยมุ่งเพียงมิติใดมิติหนึ่งจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในการลดความเสี่ยงในการทำงาน การพยาบาลองค์รวมยังครอบคลุมถึงสุขภาพองค์รวมของผู้ให้บริการ ซึ่งบทความนี้จะเน้นเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้ แนวคิดการพยาบาลองค์รวมของดอสซี่และคีแกน (Dossey & Keegan, 2016) ระบุว่า สุขภาพองค์รวมของบุคคลมีบทบาทสำคัญในการดูแลความสมดุลสุขภาพของตนเอง จึงต้องพัฒนาตนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้ง 6 มิติ โดยทุกมิติมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วย มิติร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ อารมณ์ การตัดสินใจ และจิตวิญญาณ โดยสุขภาพมิติจิตวิญญาณมีความสำคัญและครอบคลุมทุกมิติ คุณลักษณะสำคัญของสุขภาพองค์รวม คือ การมีความสมดุล (balancing) ของทุกมิติ มีความกลมกลืน (harmony) กับบริบทแวดล้อม และความเป็นหนึ่งเดียวกันเชื่อมโยงกันของสุขภาพแต่ละมิติ (coherence) ดังตัวอย่าง พยาบาล A แม้จะเรียนรู้และเข้าใจในการสื่อสาร แต่ในขณะที่มีความอ่อนล้าจากภาระงานมากหรือมีความเครียดสูง ความอดทนจะมีโอกาสต่ำกว่าปกติ หรือหากพยาบาล A มีความกังวลสูงมาก ความอดทนต่อสิ่งต่างๆ จะลดลง เพราะความกังวลจะไปกระทบมิติร่างกาย จิตใจ และ

จิตวิญญาณ หากสามารถปรับจนเข้าสู่สมดุลได้ จะเข้าสู่ภาวะปกติ แต่หากระหว่างการปรับ มีปัจจัยเร้าแทรก เช่น มีการคุกคามทางวาจาจากญาติผู้ป่วย พยาบาลอาจไม่สามารถปรับเข้าสู่สมดุลได้ จะเกิดความหวั่นไหว เสียสมดุล นำไปสู่ความอดทนต่อภาระงานหรือสิ่งเร้าได้ลดลง พยาบาลจึงต้องมีการประเมินและรักษาสมดุลสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติงาน อันเป็นการลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการทำงาน และจากความเข้าใจสภาวะการเสียสมดุลสุขภาพในมุมมองผู้ป่วย หากพยาบาลตระหนักว่าผู้ป่วยรายใดหรือกลุ่มใดมีโอกาสเสียสมดุลสุขภาพ การให้การพยาบาลจะมีการออกแบบที่ลดความเครียด และวางระบบให้มีสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่อนคลายความเครียด ความอ่อนล้าที่มีทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างดีจากแนวคิดนี้ พยาบาลที่เผชิญกับภาระงานที่มีสิ่งเร้าด้านลบมาก เช่น แผนกฉุกเฉินที่ญาติผู้ป่วยจะมาด้วยความกังวล ห่วงใยในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างมาก หากพบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในขณะที่สภาพร่างกายอ่อนล้าหรือมีความตึงเครียดสูงจากภาระงาน จากเพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่บรรยากาศทางกายภาพในแผนกที่ปฏิบัติงาน ย่อมทำให้ความอดทนต่อสิ่งเร้าลดลง มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้นได้ พยาบาลจึงต้องประเมินความพร้อมของตนเองในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ

จากแนวคิดการพยาบาลองค์รวมข้างต้น พยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ป่วย เพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเหมาะสมในทุกมิติ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง การประเมินและวินิจฉัยความจำเป็นในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เช่น หากพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลสูง ต้องการการดูแลทันที และพยาบาลสามารถจัดบริการได้ตรงตามความต้องการ ย่อมดีกว่าที่พยาบาลจะให้บริการไปโดยไม่รู้สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วย เช่น

การให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังกังวล ข้อมูลที่ให้ไปอาจไม่ถูกรับรู้ หรือถูกรับรู้เพียงผ่านๆ ไม่ได้ทำความเข้าใจ สำหรับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงานจากผู้ป่วยและญาติตามแนวคิดการพยาบาลองค์กรนั้น จะต้องคำนึงถึงทุกมิติสุขภาพในขณะที่ให้การพยาบาล ดังนั้น ทุกกิจกรรมการพยาบาลจะตัดสินใจจากการประเมินในทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ต้องสะท้อนถึงการให้เกียรติเคารพในสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย เนื่องจากทุกคนมีสิทธิ มีอิสระในการตัดสินใจ และจะต้องไม่ถูกกีดกันด้วยความแตกต่างใดๆ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนด เพื่อลดปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น หากไม่สามารถจัดสรรเวลาในการให้การพยาบาลได้ อาจหาตัวช่วยในรูปแบบอื่นๆ เช่น การใช้หุ่นยนต์อัจฉริยะ หรือการมอบหมายผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ในบางกิจกรรม ทั้งนี้ การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการพยาบาลองค์กร พยาบาลควรได้รับการอบรมพัฒนาทักษะอย่างเป็นระบบ โดยสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลองค์กรเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงานได้ดังนี้

1. มิติจิตใจ: ประเด็นสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากสัมพันธภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงโดยเฉพาะด้านจิตใจ (ทิพวรรณ เรืองชูพงศ์, 2566) กิจกรรมการพยาบาลจึงควรเน้นการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเริ่มจากการมีความเอื้ออาทร ใส่ใจ อำนวยความสะดวก ที่มาจากการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เช่น การอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมแม้ไม่ใช่เวลาที่กำหนด ในกรณีที่ญาติเดินทางมาเป็นระยะทางไกลและมาไม่ทันเวลา เพื่อแสดงความเอื้อเฟื้อและความเมตตาต่อญาติ ทั้งนี้ ในระหว่างการพูดคุยสอบถาม ควรให้เวลาในการประเมินภาษากายและความกังวลที่ญาติมี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติต่อทุกคนเหมือนกันโดยขาดการประเมิน เพื่อช่วยลดความคับข้องใจของญาติ การปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้ช่วยให้เกิด

สัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจและความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลองค์กรที่เน้นการดูแลอย่างเข้าใจและเคารพในแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

การสร้างสัมพันธภาพนี้อาจสร้างร่วมกันทั้งทีมการพยาบาล โดยพยาบาลออกแบบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เช่น การสนับสนุนสิ่งของหรือกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ เช่น จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยขาดข้อในการรับประทานอาหาร พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดที่พบเห็นร่วมกันดูแลจัดหาให้โดยมีต้องร้องขอ การปิดไฟในมุมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับสบายขึ้น สิ่งเหล่านี้ไม่ได้มีการกำหนดไว้ที่ใด แต่เป็นการดูแลเอาใจใส่ จะนำมาซึ่งความประทับใจ สร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน แม้ในบางครั้งเมื่อมีความสงสัยหรือเกิดความไม่พึงพอใจใดๆ จะกล้าสอบถาม และพร้อมร่วมแก้ไข

2. มิติอารมณ์: ประเด็นสำคัญคือผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีความเครียด ความกังวลในระดับหนึ่งจากความเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาลควรเน้นการลดปัจจัยกระตุ้น และส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยลดความตึงเครียด โดยจัดกิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมสร้างความผ่อนคลาย เช่น สิ่งแวดล้อมที่ช่วยในการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีเนื้อหาที่ชัดเจน กำหนดเวลา ระบุผู้รับผิดชอบในการตอบคำถามอย่างชัดเจน และประกาศแจ้งให้ทราบเด่นชัดที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย อาจเป็นป้ายไฟที่มีสีชัดเจน สังเกตเห็นได้ง่าย จัดพื้นที่เฉพาะสำหรับให้สอบถาม เพราะในสถานการณ์ที่บุคลากรสุขภาพมีการกิจยุ่ง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้มีการสื่อสารข้อมูลจำเป็นจะทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามได้ตรงตามที่แต่ละฝ่ายคาดหวัง ลดโอกาสก่อภาวะกดดันทางอารมณ์ต่อกัน โดยจัดให้มีมุมหรือสถานที่ที่ปลอดภัยผ่อนคลายได้ในเวลาที่รู้สึกตึงเครียด จัดหาที่นั่งที่สบาย มีน้ำสะอาดหรือเครื่องดื่มที่สะดวกต่อการหยิบดื่ม จัดหาไม้ประดับเพื่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดธรรมชาติ สร้างความรู้สึกผ่อนคลายได้แม้เวลาเคร่งเครียด

(Al Khatib, Samara, & Ndiaye, 2024; Feng, Liu, Liu, Chi, & Osmani, 2024; Ziaei, Massoudifar, Rajabpour-Sanati, Pourbagher-Shahri, & Abdolrazaghnejad, 2018)

3. มิติการตัดสินใจ: การจัดกิจกรรมการพบญาติและ/หรือผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่กำหนดช่วงเวลาชัดเจน เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยมีความมั่นใจและทราบว่า มีโอกาสซักถามข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความกังวลและสร้างความสบายใจในกระบวนการรับบริการ ส่วนการบริหารจัดการผู้ให้คำตอบหรือผู้ร่วมรับฟัง ควรเป็นหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีม เพื่อพร้อมในการให้คำตอบที่ชัดเจน การตอบคำถามที่ชัดเจนมาจากการรับฟังคำถามหรือข้อสงสัยอย่างตั้งใจ จนสามารถให้คำตอบที่ตรงกับความต้องการได้ ไม่รีบสรุป ต้องฟังให้เข้าใจก่อน เช่น อาจได้รับการส่งต่อว่าผู้ป่วยถามเจ้าหน้าที่ ถามญาติทุกคนในคำถามเดิมซ้ำๆ ว่าตนจะคลอดเมื่อใด พยาบาลควรวิเคราะห์ว่าคำถามที่แท้จริงคืออะไร หากเป็นความกังวลที่ไม่สามารถให้คำตอบได้ พยาบาลควรค้นหาผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจ เช่น “พยาบาลสังเกตว่าคุณมีความกังวลบางอย่าง พยาบาลยินดียินดีรับฟัง” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความกังวลออกมา เมื่อพยาบาลฟังอย่างตั้งใจจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบคำตอบด้วยตนเอง กล่าวคือ ในขณะที่พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยจะมีโอกาสทบทวนและเข้าใจความต้องการของตนเองมากขึ้น ทำให้รับรู้ว่าคุณพยาบาลแสดงออกอย่างเหมาะสมอย่างไร ใช้คำพูดอย่างไร การที่พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณพยาบาลยอมรับ เข้าใจ ใส่ใจในการดูแลพร้อมตอบสนองความต้องการ ผู้ป่วยจึงแสดงออกอย่างเหมาะสมเพราะได้รับการตอบสนองในมิติอารมณ์แล้ว ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง (จิรัชชัยชนะ, 2567)

4. มิติจิตวิญญาณ: การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลมิติจิตวิญญาณระหว่างให้การพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยพร้อม

แนวทางการดูแล ร่วมสร้างเป้าหมายผลลัพธ์การดูแลในแต่ละช่วงเวลา แต่ละวัน เพื่อให้มีความสำเร็จ เกิดพลังใจ และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ การเปิดบทสวดมนต์ การเปิดเสียงธรรมชาติที่ผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีช่วงเวลานั่งอยู่กับตนเอง อันเป็นการเยียวยาตนเอง หรือการจัดให้ญาติและผู้ป่วยได้มีช่วงเวลาดีๆ ร่วมกันแม้ขณะเจ็บป่วย เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การนิมนต์พระมาให้พร ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การผูกแขนรับขวัญตามประเพณีเพื่อลดความกลัว ซึ่งการมีความกลัวจะทำให้การรับรู้ผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนได้ หากมิติจิตวิญญาณได้รับการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความสงบนิ่ง ตัดสินใจได้ดี ลดโอกาสเกิดความรู้สึกผิด (เจตพล แสงกล้า และรศรินทร์ เกรย์, 2565)

5. มิติร่างกาย: การจัดกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบายและตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม โดยการจัดห้องตรวจ จัดหอผู้ป่วยให้มีที่นั่งที่สบาย พักผ่อนได้ ไม่มีเสียงรบกวน มีมุมที่มีความเป็นส่วนตัวหากมีความจำเป็นในการดูแลหรือมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว หรือมีการตัดสินใจในการดูแลความเจ็บป่วย การจัดการความปวดในเวลาที่คุณป่วยควรได้รับการดูแล ทั้งนี้ควรมีการประเมินความต้องการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในบางครั้งพยาบาลประเมินว่าความต้องการนั้นไม่เร่งด่วน แต่ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการที่เร่งด่วน พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินเพิ่มเติมและให้การดูแลที่สะท้อนถึงการรับรู้เข้าใจ และเอาใจใส่ เช่น อาการปวดแผล ไม่ได้มาจากพยาธิสภาพของแผลอย่างเดียว แต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความกังวล ความกลัว พยาบาลจึงควรออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยอาจใช้ทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ มาเป็นกรอบในการออกแบบ เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของนิติงเกล ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยในการเยียวยาผู้ป่วย (สิริรัตน์ จันทรมะโน, พูนพิลาศ โรจนสุพจน์, และพิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์, 2563)

หรือทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ที่เน้นว่าความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คือ การตอบสนองด้านร่างกายให้ได้รับความปลอดภัย สุขสบาย (นภาพร หงษ์ทอง, 2564)

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม

พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดความรุนแรงในที่ทำงาน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นและทบทวนความพร้อมของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้มั่นใจว่ามีความพร้อมในการให้การพยาบาล ซึ่งตามแนวคิดการพยาบาลองค์รวม พยาบาลจะต้องมีสุขภาพที่สมดุลในทุกมิติ ดังนั้น พยาบาลที่จะให้การพยาบาลองค์รวมได้ดีจะต้องมีทักษะเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยดังนี้

1. ทักษะการประเมินและคงไว้ซึ่งสุขภาวะของพยาบาล การมีสุขภาวะของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง หากพยาบาลมีความไม่สมดุล เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์สูงมาก ดังการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 60.48 ± 14.79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีชั่วโมงการทำงานสูงสุด 120 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีนี้มีโอกาสที่จะทนต่อความกดดันทางอารมณ์ลดลง (สมพร หงษ์เวียง และอภิญญา จำปามูล, 2562) ดังนั้น พยาบาลควรมีเวลาการปฏิบัติงานที่เหมาะสมตามกำหนด คือ ไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพื่อลดความอ่อนล้าที่อาจส่งผลต่อความอดทนในกิจกรรมการทำงาน หรือส่งผลต่อการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมได้ (จุฬารพร กระเทศ และคณะ, 2564) นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องประเมินสุขภาวะตนเอง หากรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาวะลดลงและจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องระมัดระวังตนเองมากขึ้น และหลีกเลี่ยงการเผชิญสถานการณ์ที่สร้างความกดดันเพิ่ม และหากมีความไม่สมดุลมากจะต้องแจ้งให้ทีมการพยาบาลทราบเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไข สำหรับแนวทางการพัฒนาทักษะการประเมินและคงไว้ซึ่ง

สุขภาวะนั้น การประเมินสามารถใช้แบบประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดเพื่อคัดกรองเบื้องต้นได้ และแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ คือ การพัฒนาทักษะการบริหารเวลา ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ และทักษะการดูแลสุขภาพกาย ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร

2. ทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ซึ่งหมายถึง การฟังที่ผู้ฟังรับฟังผู้พูดโดยไม่ตัดสิน ตั้งใจฟังให้สามารถรับรู้ได้ทั้งเนื้อหาและความรู้สึกของผู้พูด การฟังอย่างตั้งใจจะทำให้รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างดี เพราะปัญหาความรุนแรงที่สำคัญมาจากปัญหาการสื่อสาร ดังนั้นทักษะนี้จึงต้องนำมาพิจารณาเพิ่มศักยภาพของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยและญาติ การฟังอย่างตั้งใจสามารถปฏิบัติได้แม้ในภาวะการทำงานที่เร่งรีบ และสามารถเพิ่มเวลาในการเข้าไปรับฟังมากขึ้นในช่วงที่สามารถจัดสรรเวลาได้ ซึ่งหากจัดให้การรับฟังเป็นกิจกรรมหนึ่งในการพยาบาล จำเป็นต้องมีการบริหารเวลาเพื่อทำให้เกิดขึ้นได้จริง ซึ่งจะสามารถลดความไม่เข้าใจหรือมองในมุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการได้มากขึ้น (กัญญกร คำพรรณ, สิริวิวัฒน์ ศรีเครือดง, และสุวัฒน์ รักขันโท, 2565)

3. ทักษะการเผชิญเหตุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อมีเหตุการณ์ความรุนแรง พยาบาลจะสามารถจัดการเชิงระบบและป้องกันตนเองได้ เพราะดังที่กล่าวมาข้างต้น แม้บางครั้งพยาบาลจะให้การพยาบาลอย่างดีแล้ว แต่ในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติด หรือดื่มสุรา มีโอกาสเกิดความรุนแรงได้ พยาบาลจำเป็นต้องดูแลตนเองให้ปลอดภัย และสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ซึ่งหน่วยงานจะต้องมีการวางแผนเตรียมการ จัดทำคู่มือการดำเนินการ และซักซ้อมความเข้าใจอย่างเป็นระบบ และมีการตรวจสอบระบบการจัดการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ทักษะที่สำคัญคือการคาดการณ์ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น การพัฒนาทักษะ

การเผชิญเหตุ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือ การสื่อสารกับผู้ที่กำลังเผชิญหน้า และการสื่อสารกับทีมพยาบาล สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ ให้เกิดความมั่นใจเพียงพอว่าจะสามารถเผชิญเหตุได้ ซึ่งรูปแบบการเผชิญเหตุมีทั้งรูปแบบการแก้ไขปัญหาการจัดการกับอารมณ์ และการขอการสนับสนุน การที่สามารถเผชิญหน้าด้วยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งจัดการก่อนปัญหาจะเกิด จะช่วยลดการเกิดความรุนแรงซ้ำได้ (อมราภรณ์ ลาภเหลือ และคณะ, 2565; Babaei et al., 2025)

แนวทางการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความขัดแย้งและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการสื่อสารที่อิงตามแนวทางของ Richmond et al. (2012 as cited in Rabin et al., 2025) เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ อันจะช่วยลดความตึงเครียด ป้องกันความรุนแรง และทำให้สถานการณ์สงบลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Babaei et al., 2025; Cai et al., 2023; Ziaei et al., 2018)

1. หลักการสื่อสารเพื่อป้องกันและลดการก้าวร้าว

1.1 ใช้ท่าที่สงบและเป็นมิตร พูดด้วยน้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล ไม่แข็งกร้าว ใช้ภาษาที่เปิดเผยกว้าง เช่น การสบตาเป็นระยะ ไม่จ้องนาน ไม่ไขว่แว่นหรือกอดอก หลีกเลี่ยงการแสดงท่าที่เร่งรีบหรือไม่สนใจ

1.2 รับฟังอย่างตั้งใจ ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกโดยไม่ขัดจังหวะ พยักหน้าหรือใช้พูดคำสั้น ๆ เช่น “ค่ะ/ครับ” “เข้าใจค่ะ/ครับ” เพื่อแสดงว่ากำลังฟัง ทวนคำพูดของผู้ป่วยและญาติเพื่อยืนยันความเข้าใจ เช่น ญาติ “ทำไมหมอไม่มาดูแลคุณเลย” พยาบาล “เข้าใจว่าคุณกังวลเรื่องการรักษาของคุณพ่อมากใช่ไหมค่ะ”

1.3 ใช้คำพูดที่ช่วยลดอารมณ์ (de-escalation phrases) เปลี่ยนคำพูดจากการโต้แย้ง เป็นการให้ทางเลือก เช่น “อย่าตะโกน” ปรับเป็น “ช่วยคุยกันดีนะคะ พยาบาลอยากช่วยคุณค่ะ” “อย่าทำแบบนี้” ปรับเป็น “ลองมาหาทางออกด้วยกันดีไหมค่ะ”

1.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ใช้คำพูดแสดงความเข้าใจ เช่น “พยาบาลเข้าใจว่าคุณรู้สึกกังวลเรื่องคนไข้” “พยาบาลขอโทษที่คุณต้องเจอสถานการณ์นี้ เดี่ยวเรามาหาทางแก้กันนะคะ”

ตัวอย่างแนวทางการสื่อสารเพื่อลดการก้าวร้าวในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) และแผนกฉุกเฉิน (ER) มีดังนี้

ก) กรณีตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยหนัก: สถานการณ์ คือ ญาติอารมณ์เสีย เพราะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักนอกเวลาที่กำหนด

แนวทางการสื่อสารของพยาบาล “เข้าใจว่าคุณเป็นห่วงคนไข้มากนะคะ พยาบาลขอโทษที่ต้องจำกัดเวลาเยี่ยม เนื่องจากเราต้องดูแลคนไข้ให้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ค่ะ” “เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ ICU มีข้อจำกัดเรื่องเวลาเยี่ยม แต่พยาบาลสามารถช่วยแจ้งอาการของคนไข้ให้ได้นะคะ” “ตอนนี้ทีมแพทย์กำลังดูแลอยู่ ถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลงสำคัญ พยาบาลจะรีบแจ้งให้ทราบค่ะ” นอกจากนี้ควรมีการป้องกันล่วงหน้า โดยแจ้งระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยให้ญาติทราบตั้งแต่แรก กำหนดจุดสำหรับผู้ป่วยและญาติในการรับข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมให้แพทย์หรือพยาบาลแจ้งความคืบหน้าของอาการและการรักษา เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษา

ข) กรณีตัวอย่างในแผนกฉุกเฉิน: สถานการณ์ คือ ญาติไม่พอใจที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันที ขณะที่แพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical case) ที่มาถึงก่อน

แนวทางการสื่อสารของพยาบาล “พยาบาลเข้าใจว่าคุณกังวลเรื่องอาการของคนไข้มากนะคะ ตอนนี้ทีมแพทย์กำลังดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ และเราจะ

รับผิดชอบของคุณแน่นอนค่ะ” “คนไข้ทุกคนได้รับการประเมินตามระดับความรุนแรงของอาการ (triage) คนไข้ที่อาการรุนแรงที่สุดจะได้รับการรักษาก่อนเพื่อความปลอดภัยของทุกคนค่ะ” “พยาบาลจะช่วยติดตามอาการของคุณและรีบแจ้งให้ทราบเป็นระยะนะคะ” นอกจากนี้ควรมีการป้องกันล่วงหน้า โดยติดป้ายอธิบายระบบการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ให้เข้าใจง่าย อบรมบุคลากรให้สื่อสารข้อมูลอย่างใจเย็น ชัดเจน และเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. เทคนิคการสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.1 กรณีญาติไม่พอใจเพราะรอนาน วิธีการตอบกลับ “ขอโทษที่ต้องให้รอนานนะคะ ตอนนี้แพทย์กำลังดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ค่ะ พยาบาลจะช่วยติดตามให้ค่ะ” “พยาบาลเข้าใจว่าการรอคอยอาจทำให้กังวล เดี่ยวจะรีบแจ้งให้ทันทีที่มีข้อมูลค่ะ”

2.2 กรณีผู้ป่วยไว้วางใจเสียงดัง วิธีการตอบกลับ “พยาบาลเห็นว่าคุณกำลังเครียดอยู่ พยาบาลอยู่ตรงนี้เพื่อช่วยนะคะ” “ช่วยลดเสียงลงนิดนึงได้ไหมคะ พยาบาลอยากฟังและช่วยแก้ปัญหาค่ะ”

2.3 กรณีญาติไม่พอใจเรื่องการรักษา วิธีการตอบกลับ “พยาบาลเข้าใจว่าคุณเป็นห่วงสุขภาพของคนไข้ พยาบาลจะช่วยประสานงานกับแพทย์ให้ทันทีค่ะ” “มาลองดูข้อมูลร่วมกันไหมคะ เพื่อให้เข้าใจแผนการรักษาชัดเจนขึ้น”

3. แนวทางการจัดสถานที่เพื่อป้องกันและลดปัญหาการก้าวร้าวของผู้ป่วยและญาติใน ICU และ ER การออกแบบและจัดสถานที่ที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเครียด ความกังวล และลดความเสี่ยงในการเกิดความขัดแย้งหรือพฤติกรรมก้าวร้าวจากผู้ป่วยและญาติได้

3.1 แนวทางการจัดสถานที่ในแผนกผู้ป่วยหนัก เป้าหมาย คือ ลดความเครียดของญาติ สร้างบรรยากาศที่สงบ และควบคุมจำนวนผู้เข้าเยี่ยมเพื่อลดความแออัด โดยจัดสถานที่ให้มีห้องรับรองญาติที่สะอาด สงบ มีที่นั่งเพียงพอ ไม่แออัด มีเครื่องดื่ม น้ำดื่ม

และควรมีมุมสงบสำหรับญาติที่ต้องการความเป็นส่วนตัว สำหรับเคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ จุดสื่อสารข้อมูล ควรมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ใช้ออร์ดิแง์ระเบียบการเยี่ยมและเวลาเยี่ยมที่ชัดเจน หรือมีระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์บริเวณทางเข้า ICU มีระบบคัดกรองผู้เข้าเยี่ยม เช่น การลงทะเบียนล่วงหน้า ส่วนห้องพูดคุยกับแพทย์ ควรมีบรรยากาศที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

3.2 แนวทางการจัดสถานที่ในแผนกฉุกเฉิน เป้าหมาย คือ ลดความแออัด ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ ควบคุมการเข้าถึงพื้นที่รักษาเพื่อป้องกันความวุ่นวาย ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด โดยในแผนกฉุกเฉินควรมีพื้นที่แยกชัดเจนระหว่างผู้ป่วยหนักกับผู้ป่วยทั่วไป มีเจ้าหน้าที่แจ้งข้อมูลให้ญาติทราบถึงลำดับความสำคัญในการรักษา สำหรับพื้นที่รอคอยของญาติ ควรมีพื้นที่ที่สะดวกสบาย มีเก้าอี้เพียงพอ จัดให้มีจอหรือบอร์ดแสดงลำดับคิวและข้อมูลที่แสดงสถานะของผู้ป่วย มีป้ายแสดงขั้นตอนการรักษาเพื่อให้ญาติเข้าใจระบบ ส่วนจุดให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ควรมีเจ้าหน้าที่คอยแจ้งข้อมูลการรักษาแก่ญาติเป็นระยะ ใช้ระบบเสียงโดยการประกาศ หรือมีการแจ้งเตือนทาง SMS ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ในกรณีการแจ้งข่าวร้ายควรมีห้องแยกสำหรับญาติ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความเป็นส่วนตัว

4. แนวทางการสนทนาในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด แม้จะมีการบริหารจัดการอย่างดีแล้ว แต่ผู้ป่วยและญาติยังอาจมีความตึงเครียดและความกังวลสูงหากประเมินได้ ควรให้การพยาบาลตามแนวคิดสุขภาพองค์รวม คือ ดูแลทุกมิติของสุขภาพให้เกิดความสมดุล ซึ่งมีแนวทางดังนี้

4.1 การให้ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การฟังอย่างตั้งใจ ให้ความสนใจอย่างเต็มที่กับผู้ป่วยและญาติ ฟังความคิดเห็นและข้อกังวลโดยไม่ตัดสิน แสดงความเข้าใจและเห็นใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

และญาติ เช่น “พยาบาลเข้าใจว่าคุณรู้สึกกังวลมาก”

4.2 การเคารพพื้นที่ส่วนตัว (respect personal space) การรักษาระยะห่างที่เหมาะสม (ประมาณ 1–3 ฟุต) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถูกคุกคาม ให้คำอธิบาย หากต้องเข้าใกล้ว่าเป็นเพราะต้องให้การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสบายใจ

4.3 การใช้ภาษาที่ไม่คุกคาม (non-threatening nonverbals) การใช้ภาษาที่ผ่อนคลายและไม่คุกคาม เช่น การสบตา การพยักหน้า การพูดด้วยน้ำเสียงที่สงบและไม่เร่งรีบ

4.4 การตั้งขอบเขตที่ชัดเจน (set limits) การตั้งขอบเขตที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่น “เราสามารถพูดคุยกันได้ แต่ต้องไม่มีการใช้ความรุนแรง” พร้อมอธิบายผลที่ตามมาหากไม่ปฏิบัติตามขอบเขตที่กำหนด เช่น อาจไม่สามารถให้การดูแลได้เนื่องจากบุคลากรเกรงจะไม่ปลอดภัย

4.5 การให้เวลาในการตัดสินใจ (allow time for decisions) โดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติในการคิดและตัดสินใจ ไม่เร่งรีบหรือกดดัน อธิบายข้อมูลอย่างชัดเจน และให้เวลาในการประมวลผล

4.6 การเพิกเฉยต่อคำถามที่ท้าทาย (ignore challenging questions) หากผู้ป่วยหรือญาติถามคำถามที่ท้าทายหรือยั่วเย้า ควรหลีกเลี่ยงการตอบโต้และเปลี่ยนหัวข้อไปยังประเด็นที่สำคัญกว่า

สรุป

ความรุนแรงในที่ทำงานเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตของพยาบาล การใช้แนวทางการพยาบาลองค์รวมเป็นกรอบในการจัดการและป้องกันความรุนแรงถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้พยาบาลมองเห็นความเชื่อมโยงของมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในตนเองและผู้ป่วย โดยเน้นการจัด

กิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมสร้างความผ่อนคลาย กิจกรรมการพบญาติและ/หรือผู้ป่วย กิจกรรมที่สอดแทรกการดูแลมิติจิตวิญญาณ และกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบายและตอบสนองการเจ็บป่วย นอกจากนี้ การพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการวางระบบตอบสนองต่อเหตุ และการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานได้เหมาะสมยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัย สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ และยกระดับคุณภาพบริการทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎณา สังขมณีจินดา, รุ่งภา จันทรา, พรธยา หวานบุญ, จารุวัฒน์ สาลีพันธ์, รชยา ยิกุลสังข์, และพลซ เพ็งแก้ว. (2567). สถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐเขตภาคใต้. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 17(4), 79–88.
- กัญกร คำพรรณ, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง, และสุวัฒน์ รักขันโท. (2565). การฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อเยียวยาความทุกข์ตามหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 8(1), 309–328.
- จิณัฐ ชัยชนะ. (2567). การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 25(49), 87–97.
- จุฬาร กระจเทศ, ญัญญา พัฒนะวานิชนันท์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา, วินัย ไตรนาถวัลย์, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 561–573.

- เจตพล แสงกล้า, และศรีรินทร์ เกรย์. (2565). การสวดมนต์ กับความสุขและสุขภาพจิตของพุทธศาสนิกชนไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 16(1), 24–39.
- ทิพวรรณ เรืองชูพงศ์. (2566). การสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(2), 1–14.
- นภาพร หงษ์ทอง. (2564). วิเคราะห์ความต้องการของมาสโลว์ในมุมมองของพระพุทธศาสนา. *วารสารปณิธาน*, 17(2), 121–151.
- พีระศักดิ์ อัสวนพคุณ, เนสินี ไชยเอื้อ, และสุชาดา กัยหลีกกล้วย. (2563). แนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมในโรงพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(2), 65–79.
- เรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรตินันท์สุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร*, 41(4), 58–69.
- วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 16(1), 121–135.
- สภาการพยาบาล. (2568). *แถลงการณ์ฉบับที่ 2 สภาการพยาบาลฯ พร้อมสนับสนุนการดำเนินคดีตามกฎหมายอย่างถึงที่สุด. สืบค้นจาก* <https://www.hfocus.org/content/2025/02/33197>
- สมพร หงษ์เวียง, และอภิญญา จำปามูล. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 190–197.
- สิริรัตน์ จันทระมโน, พูนพิลาส โรจนสุพจน์, และพิมพ์ฉัตร ตรีกุลต่อวงศ์. (2563). การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น สู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 27–40.
- อดุลย์ ฉายพงษ์, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, และนันทพร กัทรพุทธ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลของการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 413–422.
- อมรารักษ์ ลากเหลือ, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทบุญมีพงศ์, และสมเกียรติ ศิริรัตนพุกภัย. (2565). *การพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาความรุนแรงในโรงพยาบาล* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.
- อัจฉรา ณรังษี, พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุภาพรณน้อยพิทักษ์, พงศกรณ์ วิจิตเวชไพศาล, และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2565). การสื่อสารไร้ซึ่งการสัมผัสในทางการแพทย์. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 4(1), 34–40.
- อิสรา ศรีทอง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. (2566). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและแนวปฏิบัติในการป้องกันความรุนแรงต่อพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล*, 29(3), 363–378.

- Al Khatib, I., Samara, F., & Ndiaye, M. (2024). A systematic review of the impact of therapeutical biophilic design on health and wellbeing of patients and care providers in healthcare services settings. *Frontiers in Built Environment*, 10, 1467692. doi:10.3389/fbuil.2024.1467692
- Babaei, K., Aryaee Far, M. R., Seyedi, S. M., Arazi, T., Rohaninasab, M., & Movahedi, A. (2025). Active endurance: An effective strategy for nurses to manage workplace violence. *BMC Nursing*, 24(1), 849. doi:10.1186/s12912-025-03310-7
- Cai, J., Wu, S., Wang, H., Zhao, X., Ying, Y., Zhang, Y., & Tang, Z. (2023). The effectiveness of a workplace violence prevention strategy based on situational prevention theory for nurses in managing violent situations: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1164. doi:10.1186/s12913-023-10188-1
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Feng, H., Liu, Y., Liu, Z., Chi, Z., & Osmani, M. (2024). Sustainable healing and therapeutic design driven well-being in hospital environment. *Buildings*, 14(9), 2731. doi:10.3390/buildings14092731
- Pitja, P., Auemaneekul, N., & Powwattana, A. (2023). Factor related to violence among nursing professionals at emergency rooms of community hospitals in metropolitan area. *Thai Journal of Public Health*, 53(2), 482–500. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/261063/180783>
- Rabin, S., Akinfemiwa, O., Bradley, M., Clayton, G. C., Cozzi, N., & Gottlieb, M. (2025). Protecting frontline workers: Strategies for preventing and mitigating violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 85(3), 263–269. doi:10.1016/j.annemergmed.2024.06.022
- Ziaei, M., Massoudifar, A., Rajabpour-Sanati, A., Pourbagher-Shahri, A. M., & Abdolrazaghnejad, A. (2018). Management of violence and aggression in emergency environment; A narrative review of 200 related articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1), e7. doi:10.22114/AJEM.v0i0.117

**แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์
ในวารสารระดับนานาชาติ โดยใช้ SPARK model
The Best Guideline to Promote
International Publication based on the SPARK model**

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ¹

Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing) ¹

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ²

Kritsanee Suwannarat, M.N.S. (Midwifery) ²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ³

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ³

รุ่งอรุณ ศีกสงคราม, พย.บ. ⁴ พิมพัลลัญช์ आयुวัฒน์, Ph.D. (Caring Science) ⁵

Rungarun Sueksongkram, B.N.S. ⁴ Pimwalunn Aryuwat, Ph.D. (Caring Science) ⁵

Pras Ramluggun, Ph.D. (Forensic Psychology) ⁶

Emmie Wahlström, Ph.D. (Public Health Science) ⁷

ชลกร ทรงศรี, ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนา) ⁸

Chonlakarn Songsri, Ph.D. (Development Strategy) ⁸

Received: December 17, 2025 Revised: December 25, 2025 Accepted: December 26, 2025

¹⁻³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁵ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵ Instructor, Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

⁶ Associate Professor, Faculty of Health and Wellbeing, Northumbria University

⁷ Senior Lecturer, School of Health Care and Social Welfare, Mälardalen University

⁸ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

⁸ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

การวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการระดับนานาชาติเป็นพันธกิจหนึ่งที่สำคัญของสถาบัน การศึกษาระดับอุดมศึกษา แต่ละมหาวิทยาลัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อประกันคุณภาพการศึกษา โดยพิจารณาจากจำนวนผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระดับนานาชาติ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจการวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้สำหรับใช้พัฒนาสังคมและประเทศชาติและตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้สถาบันอุดมศึกษาต่างๆ ยังมีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาอีกด้านหนึ่ง เป็นตัวบ่งชี้ในการกำกับติดตาม ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการจัดการความรู้ (knowledge management [KM]) ด้านการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ทางด้านการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัย (ประกฤต ประภาอินทร์ และสมตระกูล ราศิริ, 2564) ดังนั้น การส่งเสริมให้อาจารย์มีความสามารถในการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับนานาชาติเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพโดยอาศัยกระบวนการจัดการความรู้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จากการประชุมอาจารย์ในวิทยาลัย และร่วมวิเคราะห์ผลการดำเนินงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระดับนานาชาติ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564–2568 มีจำนวน 3, 1, 4, 1 และ 2 เรื่อง ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์พบว่า จำนวนผลงานตีพิมพ์ไม่สม่ำเสมอ และเมื่อสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพจากอาจารย์เกี่ยวกับปัญหาการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 รู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษ ร้อยละ 30 กังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตผลงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ และร้อยละ 10 กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ ดังนั้น ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice [CoP]) งานด้านวิจัยและจัดการความรู้

จึงต้องการพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการระดับนานาชาติประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมการจัดการความรู้ 3 มิติ (Rismark & Sølvsberg, 2011) ได้แก่ มิติที่ 1 องค์ความรู้ (body of knowledge) มิติที่ 2 กระบวนการที่ทำให้ได้ความรู้ (process of knowledge) และมิติที่ 3 ชุมชนการเรียนรู้ (learning community) และกระบวนการจัดการความรู้ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ทั้ง 7 ขั้นตอน (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ผกามาศ พิมพ์ธรา, กฤษณี สุวรรณรัตน์, และมธุรดา บรรจงการ, 2566) ร่วมกับการใช้ SPARK model เพื่อนำมาเป็นกรอบการจัดการความรู้นวัตกรรมกระบวนการ (process innovation) คือ แนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินการเพื่อให้เกิดนวัตกรรมแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้

1.1 บุคลากรร่วมมือในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Share [S]) โดยการแลกเปลี่ยนภายในองค์กร (ดังภาพ) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนมาพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ (process innovation) โดยการแลกเปลี่ยนและการคิดริเริ่มสร้างสรรค์นี้ ยังคงใช้การจัดการความรู้ของ ก.พ.ร. ทั้ง 7 ขั้นตอน เป็นพื้นฐาน ได้แก่ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การเรียนรู้ ตลอดจนการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (ประกฤต ประภาอินทร์ และสมตระกูล ราศิริ, 2564)



1.2 วางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอก
วิทยาลัยและต่างประเทศ (Plan [P]) โดยการแลกเปลี่ยน
ผ่านระบบออนไลน์ (ดังกล่าว) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ

การส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับ
นานาชาติ (process innovation)



1.3 พัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์
ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ (Act [A]) โดย
แนวปฏิบัติฯ ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมทางกระบวนการ
(process innovation) มาจากการแลกเปลี่ยนความรู้
ทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย รวมทั้งการแลกเปลี่ยน
ความรู้กับต่างประเทศ จนพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติฯ

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การผลิตต้นฉบับ
รายงานวิจัย 2) การเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์งานวิจัย
(submission) 3) การคัดเลือกวารสารระดับนานาชาติ
และ 4) การแก้ไขรายงานวิจัยภายหลังการส่งรายงาน
วิจัย (submission)

1.4 งานด้านวิจัยและจัดการความรู้มีการ

สนับสนุน เสริมแรง ยกย่องเชิดชู (Reinforcement [R]) ให้กับอาจารย์ที่ต้องการการตีพิมพ์และสามารถตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมแรงจูงใจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ

1.5 ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ (Keep going [K]) ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ version 1 ได้มีการดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ: วิจัยผสานวิธีแบบกู่ขาน” โดยการสอบถามข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติฯ จากอาจารย์ทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย จำนวน 24 คน ได้ผลดังนี้

1.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า คะแนนภาพรวมความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.65, $SD = .58$) และรายด้านทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การผลิตต้นฉบับรายงานวิจัย อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.70, $SD = .57$) 2) การเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์งานวิจัย (submission) อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.59, $SD = .63$)

3) การคัดเลือกวารสารระดับนานาชาติ อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.79, $SD = .41$) และ 4) การแก้ไขรายงานวิจัยภายหลังการส่งรายงานวิจัย (submission) อยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.60, $SD = .64$)

1.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ อาจารย์คนที่ 2 และ 13 กล่าวว่า “แนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ (process innovation) มีความเป็นไปได้และเป็นประโยชน์กับผู้เขียน แต่ต้องการให้แนวปฏิบัติฯ เพิ่มขั้นตอนการส่งบทความ (manuscript submission process) เพราะกังวลขั้นตอนการส่งบทความ เพราะซับซ้อนและมีหลายขั้นตอน” อาจารย์คนที่ 5 กล่าวว่า “ต้องการให้มี template ของการตีพิมพ์วารสารต่างประเทศ เพราะจะได้สะดวกต่อการเขียน” และอาจารย์คนที่ 20 กล่าวว่า “ต้องการให้องค์กรมีการสนับสนุนการตีพิมพ์วารสารต่างประเทศ เพราะค่าตีพิมพ์แพง”

2. ขั้นตอนที่ 2 นำนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติ ภายหลังมีการสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ พบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องการให้เพิ่มขั้นตอนการส่งบทความ จึงมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ โดยเพิ่มขั้นตอนการส่งบทความ ดังนั้นแนวปฏิบัติฯ ภายหลังการปรับปรุง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังตารางต่อไปนี้

ขั้นตอนหลัก	รายละเอียดแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัย ในวารสารระดับนานาชาติ
1. การผลิตต้นฉบับรายงานวิจัย	1.1 มีเครือข่ายทั้งในระดับชาติและนานาชาติ โดยร่วมดำเนินงานวิจัยกับนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่เชี่ยวชาญ เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น 1.2 เตรียมต้นฉบับที่มีความชัดเจนและสามารถเสนอองค์ความรู้ใหม่หรือมุมมองเชิงลึกที่สำคัญ เป็นประโยชน์กับผู้อ่าน 1.3 มีกลไกและเครื่องมือในการป้องกันปัญหาการลอกเลียนผลงาน (plagiarism) และการละเมิดจริยธรรมงานวิจัย 1.4 มีกระบวนการผลิตผลงาน มีการวางแผนและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การออกแบบงานวิจัยจนถึงการส่งบทความวิจัย (submission) 1.5 จัดสรรเวลาและทรัพยากรเพื่อให้กระบวนการวิจัย การเขียน และการส่งบทความดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์งานวิจัย (submission)	2.1 มีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับข้อกำหนดสำหรับผู้เขียน (author guidelines) ของวารสารเป้าหมาย 2.2 เตรียมต้นฉบับที่ได้รับการจัดรูปแบบและปรับโครงสร้างตามมาตรฐานรูปแบบ (formatting requirements) ของวารสารอย่างครบถ้วน 2.3 ศึกษาและใช้บทความตัวอย่าง (example papers) จากวารสารเป้าหมาย เพื่อเป็นแบบอย่างทางโครงสร้างและวิธีการนำเสนอรายงานวิจัย 2.4 กำหนดโครงสร้างเนื้อหา เช่น introduction, methods, results, discussion ให้มีความเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของวารสารเป้าหมาย 2.5 ขอข้อเสนอแนะจากทีมวิจัย เพื่อยกระดับคุณภาพต้นฉบับก่อนส่งตีพิมพ์ 2.6 นำข้อเสนอแนะจากทีมวิจัยที่ได้รับมาวิเคราะห์อย่างสร้างสรรค์และปรับปรุงเนื้อหา เพื่อเพิ่มความถูกต้องของรายงานวิจัย 2.7 เตรียมต้นฉบับให้ได้รับการตรวจแก้ภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญหรือบริการตรวจภาษามืออาชีพก่อนการส่ง 2.8 ทำความเข้าใจในระบบและกระบวนการส่งบทความ (submission system) ของวารสารอย่างถูกต้องครบถ้วน 2.9 ทำความเข้าใจในกระบวนการพิจารณาบทความ (peer review process) รวมถึงรูปแบบการประเมิน เวลา และขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
3. การคัดเลือกวารสารระดับนานาชาติ	3.1 วิเคราะห์วัตถุประสงค์งานวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาให้สอดคล้องและตรงกับขอบเขต (scope) ของวารสารเป้าหมาย 3.2 เลือกวารสารโดยพิจารณาจากความเหมาะสมของผู้อ่านเป้าหมาย ทิศทางการวิจัย และสาขาความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การพยาบาล การแพทย์ หรือสาธารณสุข เป็นต้น 3.3 เลือกวารสารที่มีความน่าเชื่อถือ โดยตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น SCImago journal ranking หรือ SCOPUS เป็นต้น

ขั้นตอนหลัก	รายละเอียดแนวปฏิบัติการส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัย ในวารสารระดับนานาชาติ
4. การส่งบทความ (manuscript submission process)	4.1 เข้าถึงหน้าเว็บไซต์ของวารสารผ่านแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผู้เขียนต้องเข้าเว็บไซต์ของวารสารโดยตรงหรือผ่านฐานข้อมูลสากลที่ได้รับการยอมรับ เพื่อให้มั่นใจว่าวารสารมีมาตรฐาน และหลีกเลี่ยงการเข้าสู่วารสารคุณภาพต่ำหรือวารสารล่าเหยื่อ (predatory journal) 4.2 ตรวจสอบ aims & scope และ author guidelines โดยผู้เขียนต้องทบทวนขอบเขตของวารสาร ประเภทบทความที่รับ และข้อกำหนดการจัดทำต้นฉบับ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานของวารสาร 4.3 เข้าสู่ระบบส่งบทความออนไลน์ของวารสาร ผ่านปุ่ม “Submit your manuscript” หรือเข้าสู่ระบบ Editorial Manager / ScholarOne ตามที่วารสารกำหนด 4.4 สร้างบัญชีผู้ใช้หรือเข้าสู่ระบบ (Register / Login) ผู้เขียนต้องลงทะเบียนด้วยอีเมลที่ถูกต้อง หากมีบัญชีอยู่แล้วสามารถเข้าสู่ระบบได้ทันที 4.5 ลงทะเบียนหรือเชื่อมต่อ ORCID iD (ORCID Integration Step) ดังนี้ - วารสารระดับนานาชาติมักกำหนดให้ผู้เขียน (โดยเฉพาะ corresponding author) ต้องมี ORCID iD - หากยังไม่มี ให้ลงทะเบียนที่ orcid.org เพื่อสร้างหมายเลข ORCID iD 16 หลัก - ในระบบ submission ผู้เขียนต้องเชื่อมต่อบัญชี ORCID กับระบบ โดยกด “Connect to ORCID” เพื่ออนุญาตให้ระบบยืนยันตัวตน - ข้อมูล ORCID จะถูกแนบกับชื่อผู้เขียนในบทความและในกระบวนการตีพิมพ์ 4.6 เลือกประเภทบทความ (article type) ที่ต้องการส่ง เช่น original article, review article หรือ case report ให้ตรงตามประเภทที่วารสารกำหนด 4.7 กรอกข้อมูลบทความในแบบฟอร์มออนไลน์ เช่น ชื่อหัวข้อวิจัย รายชื่อผู้เขียนสังกัด บทคัดย่อ คำสำคัญ แหล่งทุน และหมายเลขจริยธรรมการวิจัย โดยต้องตรวจสอบความถูกต้องให้ตรงกับไฟล์ต้นฉบับ 4.8 อัปโหลดไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด เช่น ไฟล์ต้นฉบับหลัก (manuscript) ปกใน (title page) รูปภาพ/ตารางความละเอียดสูง จดหมาย (cover letter) เอกสารประกอบอื่นๆ (supplementary materials) ตามที่วารสารร้องขอ 4.9 ตรวจสอบความถูกต้อง เช่น ความชัดเจนของรูปภาพ รูปแบบอ้างอิง ความยาวของบทความ และองค์ประกอบที่จำเป็น โดยผู้เขียนต้องแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนดำเนินการต่อ 4.10 ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและส่งบทความ (final submission) ก่อนกดปุ่ม “Submit” ผู้เขียนต้องตรวจสอบข้อมูลทุกส่วนอีกครั้ง จากนั้นระบบจะส่งอีเมลยืนยันการส่งบทความและหมายเลข manuscript ID สำหรับการติดตามสถานะต่อไป
5. การแก้ไขรายงานวิจัยภายหลังการส่งรายงานวิจัย (submission)	5.1 แก้ไขตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิด้วยภาษาวิชาการที่ชัดเจน เป็นเหตุเป็นผล (logical language) และแสดงให้เห็นการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 5.2 มีเจตคติที่ถูกต้องต่อการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ เช่น ความอดทน ความต่อเนื่อง และการยอมรับการแก้ไขหลายรอบตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพราะบางวารสารใช้เวลาในการตีพิมพ์ 1-2 ปี

3. ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเทียบเคียง (benchmark) กับวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้รับรางวัลการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติสูงสุด คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2568 (ดังภาพ) เพื่อส่งเสริมผลงานวิจัยและนวัตกรรมให้สามารถส่งผลงานเผยแพร่ในวารสารระดับนานาชาติเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเพื่อให้เป็นประโยชน์กับผู้สนใจในการนำไปอ้างอิงและต่อยอดขยายผล ผลการเทียบเคียง

พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ คือ 1) การมีผู้รับผิดชอบในการปรับปรุงภาษาอังกฤษก่อนการส่งผลงาน (manuscript managers) 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เช่น การตอบ e-mail ระหว่างวารสารในระดับนานาชาติ หากผู้วิจัยหน้าใหม่ยังไม่มั่นใจในการโต้ตอบกับวารสาร และ 3) การให้เงินรางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจ เป็นต้น



4. ขั้นตอนที่ 4 ภายหลังการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ (process innovation) มีการดำเนินการใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ โดยอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ได้ขอแนวปฏิบัติฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต้นฉบับและการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ สำหรับการผลิตและเผยแพร่งานวิจัยและนวัตกรรมในวารสารระดับนานาชาติต่อไป

สรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ ควรประกอบด้วย การผลิตต้นฉบับรายงานวิจัย การเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์งานวิจัย (submission) การคัดเลือกวารสารระดับนานาชาติ การส่งบทความ (manuscript submission process) และการแก้ไขรายงานวิจัย ภายหลังการส่งรายงานวิจัย (submission)

เอกสารอ้างอิง

ประกฤต ประภาอินทร์, และสมตระกูล ราศิริ. (2564).

10 แนวปฏิบัติที่ดีในการหาทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 233–237.

รุ่งนภา เขียวชะอำ, ผกามาศ พิมพ์ธารา, กฤษณี

สุวรรณรัตน์, และมธุรดา บรรจงการ. (2566).

การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยแบบมีอาชีพเพื่อขอรับทุนภายนอกโดยใช้กระบวนการการจัดการความรู้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 43–57.

Rismark, M., & Sølberg, A. M. (2011). Knowledge sharing in schools: A key to developing professional learning communities. *World Journal of Education*, 1(2), 150–160. doi:10.5430/wje.v1n2p150

