วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
ISSN 2985-2463 (Online)
ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol. 37 No. 1 January - June 2026









รายงานการวิจัย

- ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลทั่วไป
- ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด
- ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น
- ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน
- ความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง: บทบาทการเป็นตัวแปรสื่อของทุนทางจิตวิทยา
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด
- การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกและการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ
- ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์
- สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย
- ภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว: การวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์
- ผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง
- อิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

บทความวิชาการ

- 8 หรือ 12 ชั่วโมง: รูปแบบใดคือคำตอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตภายใต้ภาวะขาดแคลนพยาบาล?

บทความพิเศษ

- “จะได้กลับบ้านไหม”: คำถามที่รอคำตอบ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol. 37 No. 1 January - June 2026

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

นางคณิสร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวปภาวรินท์ กุลรัตน์
2. นางสาวชลิตา วรวุฒิพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

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

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผศ. ดร.ทัศนา ทวีคูณ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์	คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
7. รศ. ดร.พรชัย จูลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์	นักวิชาการอิสระ (เกษียณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

1. ผศ. ดร.ทองสวย สีทานนท์	สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
2. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์สิริ	สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1. ผศ. ดร.นงณภัทร รุ่งเนย	สถาบันพระบรมราชชนก
2. ผศ. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
4. ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
5. รศ. ดร.ปรารถนา สถิตย์วิภาวี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
7. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร.พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์	คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
9. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจิมรอด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
10. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. รศ. ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
12. รศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
13. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอีอีซี
14. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ผศ. ดร.ธัสมน นามวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ผศ. ดร.มธุรดา บรรจงการ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ผศ. ดร.บุศริน เอี่ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ผศ. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
20. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
21. ดร.จันจิรา หินขาว	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
22. ผศ. ดร.ปราณี ธีรโสภณ	นักวิชาการอิสระ
23. ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ
24. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ	นักวิชาการอิสระ
25. ดร.วิรัลพัชร สกุลสันติพร เศลล์	นักวิชาการอิสระ

วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol. 37 No. 1 January - June 2026

สารบัญ

หน้า

รายงานการวิจัย

- **ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลทั่วไป** 1
  ศุภลักษณ์ อุณหพันธุ์ นงค์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
- **ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด** 16
  ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ สุวิมล โรจนาวี วราภรณ์ ชัยวัฒน์
- **ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์** 31
  วนาลี ทุมทา พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร
- **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น** 43
  กมลพัชร อินปั๋น สมบัติ สกุลพรรณ์ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา
- **ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร** 55
  ลัญชนา เพิ่มพูล ชาติชาย พฤกษาพงษ์ ชัยสิทธิ์ ทันศึก
  สุมิตรา ทันศึก
- **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน** 68
  สิรินธร์ คณานุรักษ์ วิญญ์ทัญญู บุญทัน กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
- **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน** 86
  กมลพัชร์ วรปาณิ วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ ชุติมา มีชำนาญ
- **ความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง: บทบาทการเป็นตัวแปรสื่อของทุนทางจิตวิทยา** 101
  นภสร ผ่องผล ทิพทินนา สมุทรานนท์

วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol. 37 No. 1 January - June 2026

สารบัญ

หน้า

- ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด 117
  ศิลป์ชัย ธะนะ นันทพร แสนศิริพันธ์ จิราวรรณ ดีเหลือ
- การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกและการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 133
  สุพรรษา วรรณะ เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี 145
  รุ่งทิพย์ พลับผล ศรีมนา นิยมค้า จุฑารัตน์ มีสุขโข
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ 159
  กมลชนก ภูริภัตราวัฒน์ นงค์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
- ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ 173
  ศิรินันท์ แก้วนิ่ม กุลวดี อภิชาติบุตร อรอนงค์ วิชัยคำ
- สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย 188
  ธราธิปป์ ธำรงค์ ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล ปราโมทย์ ทองสุข
- ภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว: การวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน 203
  ชณัญญา ถิรประพฤทธิ์ รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ สุภาวดี เพ็งสมดี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 215
  ภูษฎา ยมนวกุล จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์ 229
  ภรดานันทน์ จันทะกาว อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
ISSN 2985-2463 (Online)
ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol. 37 No. 1 January - June 2026

สารบัญ

หน้า

- ผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก 243
  หมื่นศักดิ์ ต๊ะกาบโค วันเพ็ญ ทรงคำ ธานี แก้วธรรมานุกูล
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง 257
  นุชนาถ ประกาศ ณริดา พรหมรักษา
- อิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า 274
  รสสุคนธ์ เจริญสัตย์สิริ

บทความวิชาการ

- 8 หรือ 12 ชั่วโมง: รูปแบบใดคือคำตอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตภายใต้ภาวะขาดแคลนพยาบาล? 286
  รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ พิมพ์วลัญช์ อายุวัฒน์

บทความพิเศษ

- "จะได้กลับบ้านไหม": คำถามที่รอคำตอบ 296
  เบญจรัตน์ เรืองศิริ

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน และด้านการบริหารทางการพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 8 หรือ 12 ชั่วโมง ที่เหมาะสมในภาวะขาดแคลนพยาบาล สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุขเช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิสร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

รายงานการวิจัย

ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลทั่วไป*

Effects of Coaching on Nurses' Knowledge and Practices for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection in a General Hospital*

ศุภลักษณ์ อุณฑพันธุ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) [1]

Supaluk Auntapun, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) [1]

นงค์คราญ วิเศษกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [2] นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา) [3]

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

Received: July 26, 2023 Revised: April 2, 2026 Accepted: April 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวน 25 คน เครื่องมือการวิจัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: viseskul@gmail.com

[3] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Faculty of Nursing, Shinawatra University: Co-advisor

ประกอบด้วย แผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ มีค่าความเชื่อมั่น 1 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.395$, $p < .001$) และ 2) หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 671.723$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น

คำสำคัญ: การโค้ช ความรู้ การปฏิบัติ พยาบาล
การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of coaching on nurses' knowledge and practices for prevention of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI). The sample consisted of 25 nurses working in the medical intermediate care unit of a general hospital. The research instruments included a coaching plan for prevention of CAUTI, a demographic data questionnaire, a knowledge test of prevention of CAUTI with a reliability of .96, and a practice observational record form of prevention of CAUTI with a reliability of 1. The implementation and data collection were conducted from June 2022 to January 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that 1) after implementing coaching, nurses had a statistically significantly higher score of knowledge for prevention of CAUTI than before implementing coaching ($Z = -4.395$, $p < .001$); and 2) after implementing coaching, nurses had a statistically significantly higher proportion of correct practices for prevention of CAUTI than before implementing coaching ($\chi^2 = 671.723$, $p < .001$).

This research suggests that the nurse executives should implement this coaching plan for prevention of CAUTI to enhance knowledge and practices for prevention of CAUTI among nurses in other wards.

Keywords: Coaching, Knowledge, Practices, Nurses, Prevention of catheter-associated urinary tract infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วัน เป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มและความรุนแรงของการติดเชื้อสูงขึ้น จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อของสมาคมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ (International Nosocomial Infection Control Consortium [INICC]) ระบุว่า อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม คิดเป็น 4.40 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Rosenthal et al., 2020) สำหรับในประเทศไทยพบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในแผนกผู้ป่วยวิกฤติ คิดเป็น 1.81–7.20 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Kotikula & Chaiwarith, 2018) ซึ่งการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง ส่งผลทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงค่ารักษาและระยะเวลาการรักษาที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยทางระบาดวิทยาที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) ผู้ป่วย มักพบในเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ร่วมกับมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง (เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2563) และได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน (Bursle et al., 2015) 2) เชื้อก่อโรค พบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* (Odoemene & Adiri, 2019) และ 3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เครื่องมือทางการแพทย์ การคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น (Omer et al., 2020) และบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การดูแลระบบการระบายปัสสาวะไม่เป็นระบบปิด การไม่ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกก่อนการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ (Hariati, Suza, & Tarigan, 2019; Leelakrishna & Karthik Rao, 2018) ดังนั้น พยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงจำเป็นต้องมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและสถานการณ์การติดเชื้อ กลไกการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อ เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะประกอบด้วย 5 หมวดกิจกรรม ได้แก่

1) การเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ 2) วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 4) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ และ 5) การเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า พยาบาลมีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 78.90 (Ravindra, Patel, & Patel, 2019) การศึกษาในประเทศบราซิลพบว่า พยาบาลไม่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 97.70 ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง ร้อยละ 21.70 (Mota & Oliveira, 2019) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า พยาบาลดูแลสายสวนปัสสาวะแบบระบบปิดเพียงร้อยละ 41.24 และดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับ งอ เพียงร้อยละ 36.08 (ธิดา กัมพูพงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ตันสุวัฒน์, และธนิญา น้อยเปียง, 2556) จะเห็นได้ว่า พยาบาลยังมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะจึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาล

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้กลยุทธ์และวิธีการที่หลากหลาย แต่ยังพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด เนื่องจากการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติดังกล่าวเป็นการสื่อสารทางเดียว บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้น้อย ทำให้ไม่สามารถติดตามและประเมินความรู้รวมถึงการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด อีกทั้งความรู้และความเข้าใจของพยาบาลแต่ละคนขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีวิธีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติของตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล

การโค้ช (coaching) ตามแนวคิดของ Ibarra (2004) เป็นวิธีหนึ่งในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกต เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน และให้เกิดความเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ถูกโค้ช 2) การสนทนาหาเหตุผล หากลวิธีในการพัฒนาทักษะ วางเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3) การสอนงานอย่างจริงจัง โดยเลือกระหว่างวิธีการสอนงานโดยตรงกับการสอนงานแบบให้การสนับสนุน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ถูกโค้ชเห็นคุณค่าของการปฏิบัติและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และ 4) การติดตามประเมินผล เป็นการประเมินความเข้าใจและชื่นชมความก้าวหน้า รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการโค้ชทั้ง 4 ขั้นตอน มีรูปแบบและขั้นตอนการโค้ชที่ชัดเจน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ถูกโค้ชในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล วางแผนการปฏิบัติร่วมกันกับโค้ช อีกทั้งมีการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง และสามารถประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลแต่ละคนได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการโค้ชของ Ibarra (2004) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช

2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช

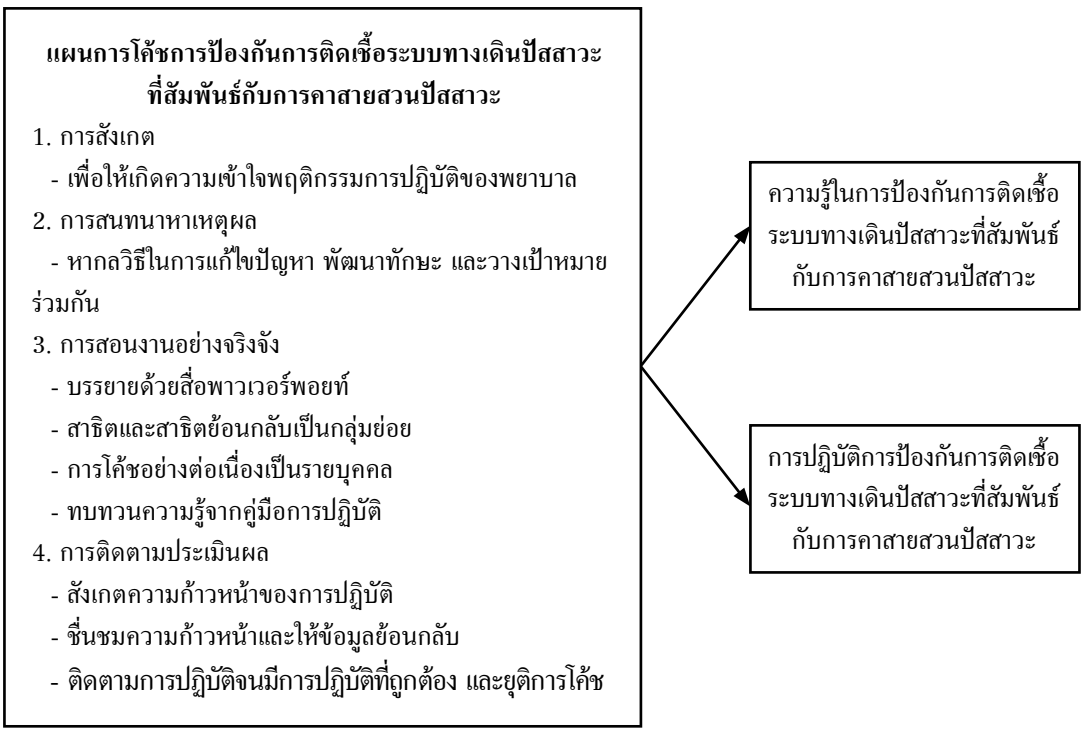
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนการโค้ช

2. หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการโค้ช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ชของ Ibarra (2004) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงพฤติกรรม รวมทั้งการประเมินทักษะความสามารถในการปฏิบัติของผู้ถูกโค้ช 2) การสนทนาหาเหตุผล หากลวิธีในการแก้ไขปัญหา พัฒนาทักษะ และวางเป้าหมายร่วมกัน 3) การสอนงานอย่างจริงจัง โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมระหว่างวิธีการสอนงานโดยตรงกับวิธีการสอนงานแบบให้การสนับสนุน สื่อสารให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ถูกโค้ชสามารถเข้าใจและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ และ 4) การติดตามประเมินผล สังเกตความก้าวหน้าของการปฏิบัติ ชื่นชมความก้าวหน้า และให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การโค้ชเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและสถานการณ์การติดเชื้อ กลไกการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อ เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อีกทั้งใช้การโค้ชในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ และการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ปี ค.ศ. 2019 (CDC, 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการโค้ชจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ร่วมกับโค้ช และมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง 2) ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่บริหารงานในองค์กรเป็นหลัก ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตาราง statistical power table (Burns & Grove, 2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อ สำหรับจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกต กำหนดโดยใช้สูตรคำนวณ (นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และกิตติกา กาญจนรัตนากร, 2540) โดยกำหนดค่าสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องจากการศึกษาของอิฏฐาพร คำกุ้ม (2558) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80

ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตอย่างน้อยกิจกรรมละ 17 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ช ของ Ibarra (2004) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการติดเชื้อและสถานการณ์การติดเชื้อ เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ กลไกการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งส่งเสริมทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ และการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ ตามแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต ใช้เวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาหาเหตุผล ใช้เวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยสนทนากับพยาบาลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ยังไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาวางแผนและหาวิธีการแก้ไขปัญหา สร้างข้อตกลงร่วมกันเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การสอนงานอย่างจริงจัง ใช้เวลา 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อพาวเวอร์พอยท์ จากนั้นแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน สาธิตและให้สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ใช้เวลากลุ่มละ 30–45 นาที และทำการโค้ชอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล มอบคู่มือการปฏิบัติเพื่อให้นำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล ใช้เวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จากนั้นติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งพยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม การได้เข้าร่วมอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ที่พัฒนาโดยอิฏฐาพร คำกุ้ม (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 1 ข้อ

กลไกการติดเชื้อ จำนวน 2 ข้อ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ จำนวน 2 ข้อ ข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 1 ข้อ การเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 2 ข้อ วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 2 ข้อ การดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 10 ข้อ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ จำนวน 3 ข้อ และการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–25 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตการปฏิบัติที่พัฒนาโดยอิฏฐาพร คำกุ้ม (2558) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวัน-เวลาที่สังเกต และกิจกรรมที่สังเกต ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 3 ข้อ วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 14 ข้อ การดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 10 ข้อ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ จำนวน 3 ข้อ และการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ ผู้วิจัยแปลผลโดยการคำนวณเป็นร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้อง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการโค้ช อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ฯ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติฯ เท่ากับ .97 และ .98 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .96 และนำแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติฯ ไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตพร้อมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 040/2565 วันที่ 13 มิถุนายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบสอบถามและแบบวัดใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

3. ในสัปดาห์ที่ 1–4 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสังเกตแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย และป้องกันการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ส่วนในสัปดาห์ที่ 2–4 ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติฯ โดยสังเกตการปฏิบัติกิจกรรม 5 หมวด สุ่มสังเกต 6 วันต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลา 08.00–18.00 น. หากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมในเวลาเดียวกันหลายคน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) โดยจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เพื่อสังเกตและบันทึกข้อมูลตั้งแต่เริ่มแรกจนสิ้นสุดกิจกรรม โดยไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นการบันทึกข้อมูล

4. ในสัปดาห์ที่ 5–10 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การสังเกต ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลให้ครบกิจกรรมทั้ง 5 หมวด ในสัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการขั้นตอนที่ 2 การสนทนาหาเหตุผล ผู้วิจัยสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และนำข้อมูลมาวางแผนและหาวิธีการแก้ไขปัญหา สร้างข้อตกลงร่วมกันเป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 7–9 ดำเนินการขั้นตอนที่ 3 การสอนงานอย่างจริงจัง ผู้วิจัยให้ความรู้ สาธิต และให้สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นกลุ่มย่อย ทำการโค้ชอย่างต่อเนื่อง และมอบคู่มือการปฏิบัติ และในสัปดาห์ที่ 10 ดำเนินการขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

5. ในสัปดาห์ที่ 11–14 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

6. ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบวัดใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–25 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 (M = 25.96, SD = 4.95, Med = 24) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 84 (M = 3.63, SD = 4.63, Med = 2) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 84 (M = 3.51, SD = 4.39, Med = 2) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 84 ทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 100 และทั้งหมดไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 100

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.395, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช (n = 25)

ช่วงเวลา	min–max	Med	IQR	Wilcoxon signed-rank test	
				Z	*p*
ก่อนการโค้ช	13.00–21.00	18.00	3.00	-4.395	< .001
หลังการโค้ช	19.00–24.00	23.00	2.00		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องโดยรวมสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 671.723$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติฯ ที่ถูกต้องในกิจกรรมทั้ง 5 หมวด สูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช

การปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		χ^2	*p*
	ก่อนการโค้ช สัดส่วน (ร้อยละ)	หลังการโค้ช สัดส่วน (ร้อยละ)		
หมวดที่ 1 การเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ	48/54 (88.89)	246/249 (98.79)	-	.001 [a]
หมวดที่ 2 วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ	278/306 (90.85)	1,394/1,411 (98.79)	62.203	< .001 [b]
หมวดที่ 3 การดูแลสายสวนปัสสาวะ	628/921 (68.19)	980/1,004 (97.61)	300.842	< .001 [b]
หมวดที่ 4 การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ	18/72 (25.00)	84/96 (87.50)	67.380	< .001 [b]
หมวดที่ 5 การเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ	198/243 (81.48)	305/315 (96.82)	36.349	< .001 [b]
โดยรวม	1,170/1,596 (73.31)	3,009/3,075 (97.85)	671.723	< .001 [b]

หมายเหตุ: - สัดส่วนประกอบด้วย ตัวเลขเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวเลขส่วน = จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตทั้งหมด

- a = Fisher's exact test, b = Chi-square test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชช่วยส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยมีกระบวนการช่วยให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองจากประสบการณ์และพื้นฐานความรู้เดิม ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยในขั้นตอนการโค้ช ผู้วิจัยจะนำประเด็นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตอบไม่ถูกต้องในแบบวัดความรู้ก่อนการโค้ช มาร่วมทบทวนกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสนทนาหาเหตุผล เพื่อให้สามารถค้นพบสาเหตุที่ตอบไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ความสนใจรับฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น สื่อสารด้วยท่าทางที่ผ่อนคลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและกล้าแสดงความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ประเมินตนเองถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต้องได้รับการพัฒนา จากนั้นผู้วิจัยทำการโค้ชในขั้นตอนการสอนงานอย่างจริงจัง โดยให้ความรู้ตามประเด็นสำคัญที่พบในการประเมินความรู้จากแบบวัดความรู้และการสนทนาหาเหตุผล ให้ความรู้โดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยท์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีทั้งเนื้อหาและภาพประกอบ ทำให้ผู้เรียนเห็นภาพชัดเจนและเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย (นงค์คราญ วิเศษกุล, 2562) ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น อภิปราย และคิดวิเคราะห์ ซึ่งการอภิปรายกลุ่มทำให้เกิดการมีส่วนร่วม มีการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น มีความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติ (ทิศนา แขมมณี, 2562) นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการมอบรางวัลและกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือมีการตอบคำถามได้ถูกต้อง จากนั้นจึงมอบคู่มือการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะซึ่งมีเนื้อหาและภาพประกอบที่เกี่ยวข้อง และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถนำกลับไปทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ อีกทั้งผู้วิจัยยังมีการติดตามประเมินผลการโค้ชเป็นรายบุคคลโดยเน้นในประเด็นความรู้ที่ไม่ถูกต้องของแต่ละคน โดยผู้วิจัยใช้การสื่อสารแบบสองทาง มีการอธิบายทวนซ้ำและเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้จากพื้นฐานความรู้เดิมที่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณา ชื่นนอก (2564) ที่พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการโค้ชช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาตนเองจากพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน โดยกระบวนการโค้ชสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการวิเคราะห์และประเมินตนเอง วางแผนปรับปรุงการปฏิบัติ กำหนดเป้าหมาย ลงมือปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเกิดจากความท้าทายส่วนบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนส่วนตัว และการได้รับการช่วยเหลือด้านเทคนิคการสอนงาน (Ibarra, 2004) ทั้งนี้ การดำเนินการตามแผนการโค้ชในขั้นตอนที่ 1 คือ ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งช่วยในการประเมินความรู้ ทักษะความสามารถรวมทั้งจุดบกพร่องในการปฏิบัติ นับเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเนื่องจากหลักการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลมีความเฉพาะด้านและมีรายละเอียดย่อย การสังเกตช่วยทำให้เข้าใจถึงความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนในขั้นตอนที่ 2 การสนทนาหาเหตุผล ซึ่งผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและแสดงออกถึงความเข้าใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการสื่อสาร รวมถึงยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคล และสะท้อนข้อมูลกลับเชิงบวก ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินตนเองได้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต้องพัฒนา วางเป้าหมายจนเกิดเป็นแผนการพัฒนาทักษะ จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างยังพร่องความรู้และทักษะการปฏิบัติประกอบกับความเคยชินและภาระงานที่มาก จึงมีความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน ในขั้นตอนที่ 3 การสอนงานอย่างจริงจัง ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะ 2) วิธีการคาสายสวนปัสสาวะ 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ 4) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ และ 5) การเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วม

อภิปรายตามประเด็นคำถาม มีการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ และมอบคู่มือการปฏิบัติเพื่อให้นำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ส่วนในขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ มีการสื่อสารแบบสองทาง สะท้อนข้อมูลเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้คำแนะนำให้คำปรึกษา และตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบประเด็นการปฏิบัติที่ไม่เข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่น อีกทั้งมีการมอบรางวัลและกล่าวชื่นชม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงเสริมทางบวก (สุมลา พรหมมา, 2559) จึงส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอิฏฐาพร คำกุ้ม (2558) ที่พบว่า หลังการโค้ชพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวมีสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในผู้สูงอายุที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแผนการโค้ชการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะนี้ไปประยุกต์ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่นตลอดจนมีการนิเทศ และกำกับติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะโดยใช้รูปแบบการวิจัยชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในระยะเวลาที่นานขึ้น รวมทั้งศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

ทิศนา แขมมณี. (2562). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 23). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดา กัมพูพงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ตันสุวัฒน์, และธนิญา น้อยเปียง. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, *9*(2), 76–98.

นงค์คราญ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชตนาพริ้นท์.

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, และกิตติกา กาญจนรัตนากร. (2540). *สถิติและงานวิจัยทางการแพทย์คลินิก*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *12*(1), 48–57.

วรรณา ชื่นนอก. (2564). *ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, *11*(2), 353–368.

อิฏฐาพร คำกุ้ม. (2558). *ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Bursle, E. C., Dyer, J., Looke, D. F., McDougall, D. A., Paterson, D. L., & Playford, E. G. (2015). Risk factors for urinary catheter associated bloodstream infection. *Journal of Infection*, *70*(6), 585–591. doi:10.1016/j.jinf.2015.01.001

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Retrieved from https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-CAUTI-H.pdf

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

Hariati, H., Suza, D. E., & Tarigan, R. (2019). Risk factors analysis for catheter-associated urinary tract infection in Medan, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *7*(19), 3189–3194. doi:10.3889/oamjms.2019.798

Ibarra, H. (2004). *การสอนงาน ปรึกษาและดูแล* [Coaching and mentoring] (กมลวรรณ รามเดชะ, ผู้แปลและเรียบเรียง) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอ็กซเปอร์เน็ท.

Kotikula, I., & Chaiwarith, R. (2018). Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, northern Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *49*(1), 113–122. Retrieved from https://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2018-49-1/13-733918-113.pdf

Leelakrishna, P., & Karthik Rao, B. (2018). A study of risk factors for catheter associated urinary tract infection. *International Journal of Advances in Medicine*, *5*(2), 334–339. doi:10.18203/2349-3933.ijam20180525

Mota, É. C., & Oliveira, A. C. (2019). Prevention of catheter-associated urinary tract infection: What is the gap in clinical practice? *Texto & Contexto - Enfermagem*, *28*, e20180050. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2018-0050

Odoemene, C. A., & Adiri, C. O. (2019). Catheter associated urinary tract infection offending pathogens, antimicrobial sensitivity, and complications. *Nigerian Journal of Surgical Sciences*, *29*(1), 6–13. doi:10.4103/njss.njss_6_20

Omer, S. A., Zahran, F. E., Ibrahim, A., Sidahmed, L. A., Karam, G., Almulhim, F., & Soltan, S. A. (2020). Risk factors for catheter associated urinary tract infections (CAUTI) in medical wards and intensive care units (ICU). *Journal of Microbiology Research*, *10*(1), 1–5. doi:10.5923/j.microbiology.20201001.01

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Ravindra, H. N., Patel, S. M., & Patel, S. (2019). A study to assess the effectiveness of SOP on knowledge and practice regarding urinary catheterization procedure among staff nurses of Dhiraj hospital, Vadodara. *International Journal of Nursing Education*, *11*(4), 92–96. doi:10.37506/ijone.v11i4.4004

Rosenthal, V. D., Bat-Erdene, I., Gupta, D., Belkebir, S., Rajhans, P., Zand, F., … Leblebicioglu, H. (2020). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012–2017: Device-associated module. *American Journal of Infection Control*, *48*(4), 423–432. doi:10.1016/j.ajic.2019.08.023

ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด*

The Effect of Providing Information Via Media Application by Family Participation on Self-care Behaviors among School-aged Children with Asthma*

ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ, พย.ม. (พยาบาลศาสตร์) [1]
Sasiwimon Limwattana, M.N.S. (Nursing Science) [1]
สุวิมล โรจนาวี, พย.ด. (การพยาบาล) [2]
Suwimon Rojnawee, Ph.D. (Nursing) [2]
วราภรณ์ ชัยวัฒน์, D.N.S. (Nursing) [3]
Waraporn Chaiyawat, D.N.S. (Nursing) [3]

Received: January 20, 2026 Revised: April 15, 2026 Accepted: April 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และครอบครัว จำนวน 42 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนกิจกรรมการพยาบาลการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด สื่อแอปพลิเคชันหนูชนะหืด แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด มีค่าความเชื่อมั่น .87

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[1] Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Major Advisor
[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Suwimon.r@chula.ac.th
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Co-advisor

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .80–.98 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.266$, $p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.702$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

คำสำคัญ: โรคหืด เด็กวัยเรียน พฤติกรรมการดูแลตนเอง แอปพลิเคชัน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of providing information via media application by family participation on self-care behaviors among school-aged children with asthma. The sample consisted of 42 school-aged children with asthma who received treatment at the asthma clinics, Damnoen Saduak Hospital, Photharam Hospital, and Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province, and their families. The children were equally divided into an experimental group (n = 21) and a control group (n = 21). The research instruments included a nursing plan for providing information via media application by family participation, a media application “Nu Chana Hued”, a questionnaire of perceived benefits of practicing self-care behavior of children with a reliability of .87, a questionnaire of perceived benefits of practicing self-care behavior of families with a reliability of .84, a self-care knowledge and skills assessment form with the reliabilities in the range of .80–.98, a questionnaire of demographic data of children, and a questionnaire of self-care behavior of children with a reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from September 2023 to January 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the school-aged children with asthma in the experimental group had a statistically significantly higher mean score

in self-care behavior than before the experiment (t = 15.266, p < .001); and 2) after the experiment, the school-aged children with asthma in the experimental group had a statistically significantly higher mean score in self-care behavior than the control group (t = 13.702, p < .001).

This research suggests that nurses should assess the self-care deficit of school-aged children with asthma as well as promote self-care behavior through providing information via media application by family participation.

Keywords: Asthma, School-aged children, Self-care behaviors, Application

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่ถูกต้อง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem, 2001) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2) การประเมินอาการก่อนและขณะเกิดอาการ 3) การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง 4) การบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม และ 5) การมีกิจกรรมที่เหมาะสม การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (เบญจารัตน์ ทรรทรานนท์, ทวีลาภ ตั้นสวัสดิ์, และวราวุฒิ เกรียงบูรพา, 2565) รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวด้วย

จากการสำรวจของ The Global Asthma Network พบความชุกของโรคหืดในเด็กอายุ 6–7 ปี สูงขึ้นถึงร้อยละ 14.60 โดยพบเด็กที่มีอาการหวีดรุนแรงร้อยละ 6.80 (The Global Asthma Network, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2563 ที่พบว่าเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 6–14 ปี มีความชุกของโรคหืดร้อยละ 13.30 ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 4.40 เคยรับการรักษาด้วยยารับประทานและยาพ่นทางจมูก และอีกร้อยละ 1.50 มีอาการหืดรุนแรงจนต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ณ หน่วยตรวจฉุกเฉิน (วิชัย เอกพลากร, 2566) จะเห็นได้ว่า การควบคุมอาการของโรคเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหายใจล้มเหลว

แม้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดและครอบครัวจะทราบดีว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเป็นสิ่งสำคัญและควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด แต่จากการศึกษาของจุรีพร พูนปริญญา (2566) พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดสามารถควบคุมอาการได้เพียงร้อยละ 31.25 ส่วนอีกร้อยละ 25 สามารถควบคุมอาการได้บางส่วน และร้อยละ 43.75 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่ออยู่ที่โรงเรียน ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดไม่สามารถบอกได้เมื่อมีอาการหืด และขาดแนวทางการสังเกตอาการตนเองเมื่อผิดปกติ ส่งผลให้เด็กมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น ออกกำลังกายแม้ว่าจะมีอาการหืด ขาดการพ่นยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ลืมพกยาเมื่อออกจากบ้านไปโรงเรียน และไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืดได้อย่างเหมาะสม (Kelada et al., 2021; Naman et al., 2018)

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการไปโรงเรียนและทำกิจกรรมร่วมกับเด็กวัยเดียวกัน

เฉลี่ย 8–10 ชั่วโมงต่อวัน ในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดหืดกำเริบรุนแรง ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเอง สำหรับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดนั้น จากแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง โดยพลังความสามารถ 10 ประการ ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ดังนั้น พลังความสามารถ 10 ประการ จึงเป็นส่วนที่จำเป็นสำหรับการกำหนดและการแสดงความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือเด็กโรคหืด เพื่อกำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลเด็กโรคหืดผ่านการกระตุ้นเตือน ชี้แนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแรงจูงใจ เพราะแรงจูงใจเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดี ทำให้เด็กได้พยายามกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ รวมถึงปัจจัยด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพราะเด็กจะเกิดการจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Serametakul, Wonghongkul, Klunklin, & Mesukko, 2019) จึงกล่าวได้ว่าการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์จะช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างสมเหตุสมผล เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

คุณภาพของสื่อที่ใช้ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดและครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด และสื่อที่ดีควรคำนึงถึงระยะเวลาในการให้ข้อมูลที่ไม่นานเกินไป สะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูล ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (ลลวัลย์ อธิชกุล, จิรศักดิ์ สุรังคพิพรรธน์, และวรรณรี ปานศิริ, 2567) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาสื่อการสอนผ่านแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด โดยพัฒนาแอปพลิเคชันหนูชนะหืด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าแอปพลิเคชันดังกล่าวจะช่วยสร้างแรงจูงใจแก่เด็ก โดยช่วยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และช่วยส่งเสริมให้เด็กมีทักษะความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

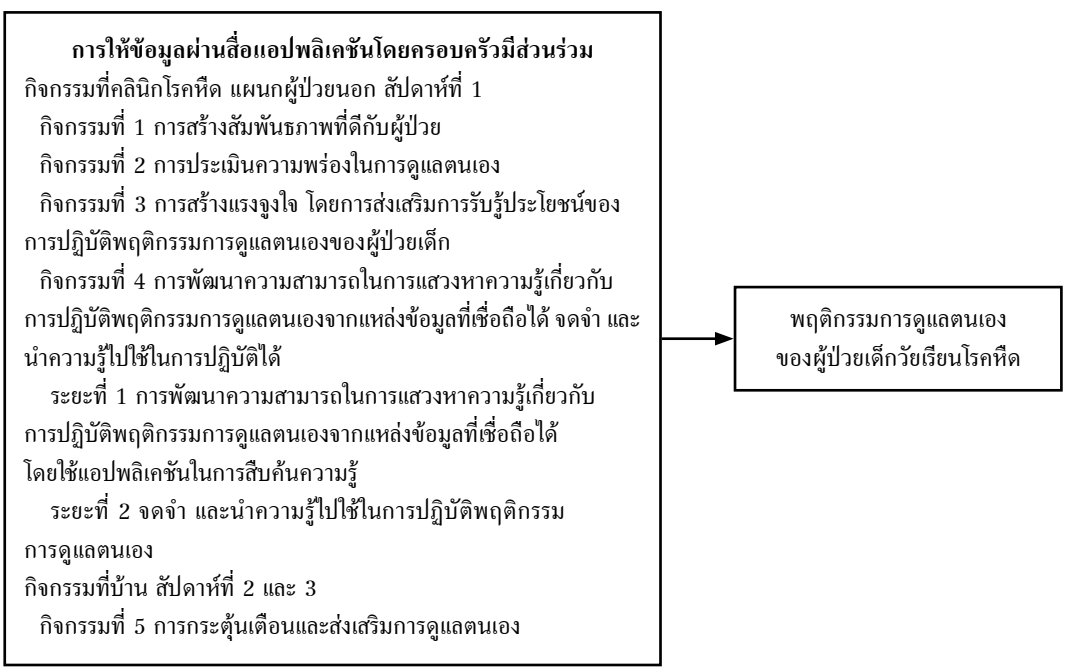
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดพลังความสามารถด้านแรงจูงใจ และด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ที่เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ของ Orem (2001) มาพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความไว้วางใจ กล้าพูดคุย กล้าแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นเป้าหมายในการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ร่วมอภิปรายกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กเห็นถึงประโยชน์และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วจึงพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเด็ก คือ การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้ เพราะความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานในการคิด การไตร่ตรอง และการตัดสินใจในการปฏิบัติ (Orem, 2001) ความรู้จึงจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยพัฒนาผู้ป่วยเด็กให้มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มพลังในการแสวงหาความรู้ โดยใช้แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสามารถแสวงหาความรู้และนำไปใช้ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีอายุ 6–12 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคหืด และไม่มีโรคร่วม 2) มีระดับความรุนแรงของโรคหืดระดับ 2–3 ในวันมาตรวจตามนัด 3) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตที่มีระบบปฏิบัติการ android 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 6) ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักอายุ 18–60 ปี และสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ต่อเนื่องจนการวิจัยเสร็จสิ้น และ 7) ครอบครัวอนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .78 (จากการศึกษาของกัลยา นุตระ, เรณู พุกบุญมี, และเสริมศรี สันตติ [2557]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Burns & Grove, 2001) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่ผู้ป่วยเด็กตามเพศ อายุ (เด็กวัยเรียนตอนต้น: 6–9 ปี และเด็กวัยเรียนตอนปลาย: 10–12 ปี) และระดับความรุนแรงของโรค โดยกำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลเท่ากัน คือ กลุ่มทดลอง โรงพยาบาลละ 7 คน และกลุ่มควบคุม โรงพยาบาลละ 7 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แผนกิจกรรมการพยาบาลการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดพลังความสามารถ ของ Orem (2001) ด้านแรงจูงใจ และด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จดจำ และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ โดยมีการจัดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่คลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก เป็นกิจกรรมรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลารวม 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การประเมินความพร่องในการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 3 การสร้างแรงจูงใจโดยการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก และกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งแบ่งออกเป็นระยะที่ 1 การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ โดยใช้แอปพลิเคชันในการสืบค้นความรู้ และระยะที่ 2 จดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่บ้าน เป็นกิจกรรมการกระตุ้นเตือนและส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชันติดตาม จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที

1.2 สื่อแอปพลิเคชันหนูชนะหืด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแอปพลิเคชันให้ความรู้ แบ่งออกเป็นหมวดหมู่ ได้แก่ โรคหืด การป้องกันสิ่งกระตุ้น การบริหารการหายใจ การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม การบันทึกสุขภาพและตั้งเตือนเวลาพ่นยาและวันนัด

พบแพทย์ และช่องทางแชทสำหรับติดต่อผู้วิจัยโดยเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยภายในแอปพลิเคชันมีเนื้อหาความรู้ และรูปภาพประกอบ ซึ่งเป็นภาพการ์ตูนที่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัยของผู้เรียน มีปุ่มกดเพื่อเข้าดูแต่ละหัวข้อ ใช้งานง่าย รวมถึงมีวิดีโอสอนการบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมให้เด็กสามารถลงมือใช้ และสืบค้นร่วมกับครอบครัวได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดต่อตัวเด็ก ผู้ดูแล และประเทศชาติ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8–40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ฯ มาก โดยคะแนนรวมที่มากกว่าร้อยละ 80 (32 คะแนน) ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดต่อตัวเด็ก ผู้ดูแล และประเทศชาติ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8–40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ฯ มาก โดยคะแนนรวมที่มากกว่าร้อยละ 80 (32 คะแนน) ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 การประเมินอาการหืดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 3 การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 4 การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม จำนวน 13 ข้อ และด้านที่ 5 การมีกิจกรรมที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ โดยด้านที่ 1, 2, 3 และ 5 ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการประเมินความรู้ แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริงและข้อคำถามที่เป็นเท็จ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้มาก โดยคะแนนรวมของแต่ละด้านที่มากกว่าร้อยละ 80 (4 คะแนน) ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ส่วนด้านที่ 4 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของทิพวรรณ นำเจริญ (2554) เป็นการประเมินทักษะ แบ่งออกเป็นแบบประเมินการบริหารการหายใจ จำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม จำนวน 10 ข้อ หากเด็กปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการฝึกจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรคหืด จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของอุรารักษ์ ลำน้อย (2551) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 การประเมินอาการหืดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 3 การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 4 การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม จำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 5 การมีกิจกรรมที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24–96 คะแนน (กรณีไม่มีเหตุการณ์จะไม่นำข้อคำถามนั้นมาคิดคะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมการพยาบาลการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด สื่อแอปพลิเคชันหนูชนะหืด แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ (3 คน) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ (2 คน) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านแอปพลิเคชัน (2 คน) และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแอปพลิเคชัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด เท่ากับ .80 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด เท่ากับ .88 แบบประเมินความรู้และทักษะฯ (มี 6 ค่า) อยู่ในช่วง .90–1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ เท่ากับ .80 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด แบบประเมินความรู้และทักษะฯ ด้านที่ 1, 2, 3 และ 5 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 10 คน รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด เท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ ของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด เท่ากับ .84 แบบประเมินความรู้และทักษะฯ (มี 4 ค่า) อยู่ในช่วง .80–.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ เท่ากับ .83 และนำแบบประเมินความรู้และทักษะฯ ด้านที่ 4 (มีแบบประเมินการบริหารการหายใจ และแบบประเมินการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม) ไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยสังเกตพร้อมกับผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) เท่ากับ .96 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (เอกสารรับรอง เลขที่ DNSH-REC No.66/6 วันที่ 24 พฤษภาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ปี และมีความเข้าใจระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 2 คน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 2 ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกวิธีการใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบบันทึก

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 พบผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองพร้อมครอบครัวที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้ช่วยผู้วิจัยดูข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กจากเวชระเบียน และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด อ่านแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่ 1–4 ใช้เวลารวม 30 นาที และมีการกำกับการทดลองโดย 1) ผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ พร้อมให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และ 2) ผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผลการกำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองทุกคน จากนั้นนัดหมายวัน-เวลาการติดตามในสัปดาห์ที่ 4

4. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 2 พบผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มควบคุมพร้อมครอบครัวที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้ช่วยผู้วิจัยดูข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กจากเวชระเบียน และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด อ่านแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้ช่วยผู้วิจัยพาผู้ป่วยเด็กและครอบครัวไปหาพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดเพื่อให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการสอนเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องหืด สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การฝึกใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จากนั้นนัดหมายวัน-เวลาการติดตามในสัปดาห์ที่ 4

5. ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนและส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที โดยประเมินความต้องการการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจากการสอบถามผ่านแอปพลิเคชันช่องแชท เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวตามแผนที่ตกลงร่วมกัน ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มควบคุมและครอบครัวให้ดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน

6. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 1 โทรศัพท์ถึงผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลอง อ่านแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

7. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยคนที่ 2 โทรศัพท์ถึงผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มควบคุม อ่านแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดแล้วให้ผู้ป่วยเด็กตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.90 มีอายุอยู่ในช่วง 6–9 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.43 และมีระดับความรุนแรงของโรคหืดระดับ 2 (น้อย) คิดเป็นร้อยละ 85.71 ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.90 มีอายุอยู่ในช่วง 6–9 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.43 และมีระดับความรุนแรงของโรคหืดระดับ 2 (น้อย) คิดเป็นร้อยละ 85.71

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.266$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนการทดลอง	21	56.23	6.53	15.266	< .001
หลังการทดลอง	21	72.71	3.69		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.702, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ช่วงเวลา	**กลุ่มทดลอง** (n = 21)		**กลุ่มควบคุม** (n = 21)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง	56.23	6.53	55.80	8.13	.188	.852
หลังการทดลอง	72.71	3.69	58.04	3.23	13.702	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) ในการพัฒนาความสามารถด้านแรงจูงใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ มีการเสริมทั้งแรงจูงใจภายในและภายนอก โดยแรงจูงใจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นแรงเสริมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจโดยการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กมักเบื่อหน่ายต่อการจัดการกับโรค การให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดและครอบครัวได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเด็กสามารถบอกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ จะเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้สอบถามผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเด็กตอบว่า “ถ้าผมกดยาทุกวันจะทำให้อาการหืดไม่กำเริบครับ” หรือ

“ถ้าหนูไม่เล่นกับสุนัข อาการหืดจะไม่กำเริบค่ะ” สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Taheri, Nasiri, Namdari, and Salmani (2023) ที่พบว่า หลังการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การกระตุ้นให้สำรวจปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมครอบครัว และการสร้างความมั่นใจในการดูแลตัวเอง ผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะ 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน หลังการทดลอง

นอกจากนี้ การพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ โดยผู้วิจัยนำเสนอแหล่งข้อมูลทางสุขภาพบนสื่อแอปพลิเคชันหนูชนะหืดที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในส่วนที่ผู้ป่วยพร่องโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันหนูชนะหืดในการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคหืด อาการ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืด การสังเกตอาการหืดกำเริบ การฝึกทักษะการบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม โดยแอปพลิเคชันมีเนื้อหาความรู้และรูปภาพประกอบ ซึ่งเป็นภาพการ์ตูนที่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัยของผู้เรียน มีปุ่มกดเพื่อเข้าดูแต่ละหัวข้อ ใช้งานง่าย รวมถึงมีวิดีโอสอนการบริหารการหายใจและการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมให้เด็กสามารถลงมือใช้ และสืบค้นร่วมกับครอบครัวได้ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้แอปพลิเคชันในการเปิดทบทวนเนื้อหาความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเปิดใช้เมื่อเกิดปัญหาร่วมกับครอบครัวได้ทันที ซึ่งระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึกของครอบครัวต่อการใช้แอปพลิเคชัน มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเล่าว่า “แอปพลิเคชันช่วยได้เยอะเลยค่ะ มีช่วงที่น้องไอบ่อย แม่ก็จำไม่ค่อยได้ว่าต้องกดยาอย่างไรบ้าง น้องก็บอกว่าทำไมคุณแม่ไม่ดูในแอปพลิเคชันที่คุณพยาบาลโหลดไว้ให้ล่ะคะ พอลองไปดู กดยาตามในแอปพลิเคชันน้องอาการทุเลาลงค่ะ” สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถศึกษาหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่เพื่อใช้ในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกาญจน์ การัณยภาสสกุล, อาภาวรรณ หนูคง, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์ (2567) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันที่มีการส่งข้อมูลวิดีโอและ infographic ที่สอดคล้องกับวิดีโอ การกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และเกมส์ตอบคำถามออนไลน์ เด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stukus et al. (2018) ที่พบว่า เด็กโรคหืดกลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินอาการจากแอปพลิเคชันสุขภาพ asthmacare ที่มีการตั้งเตือนเมื่อถึงเวลาพ่นยา และมีระบบเตือนเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการหืด มีแนวโน้มพฤติกรรมการจัดการโรคหืดที่ดีขึ้นหลังการใช้แอปพลิเคชัน 6 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ได้รับการสร้างแรงจูงใจ และการส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนโดยสอบถามผ่านแอปพลิเคชันช่องทางแชทในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำชี้แนะ และให้การปรึกษาทางสุขภาพ รวมทั้งให้กำลังใจ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้

โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดและครอบครัวบันทึกอาการผ่านแอปพลิเคชัน และมีการติดต่อผู้วิจัยผ่านทางแชทในแอปพลิเคชันได้ หากบันทึกว่ามีอาการจะมีข้อความแจ้งมาที่ผู้วิจัยและแอดมินของแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยจะทำการสอบถามอาการ กรณีผู้ป่วยเด็กบันทึกว่ามีอาการร่วมกับกดยาฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะติดต่อทางแอปพลิเคชันเพื่อสอบถามอาการเพิ่มเติม ซึ่งตลอดการวิจัยมีผู้ป่วยเด็ก 1 คน ที่มีอาการหืดร่วมกับกดยาฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้สอบถามทางแอปพลิเคชัน ครอบครัวแจ้งว่าหลังจากกดยามีอาการดีขึ้น ไม่ต้องไปโรงพยาบาล และผู้วิจัยได้ติดตามสอบถามอาการอีกครั้งในวันถัดไป ครอบครัวแจ้งว่าผู้ป่วยเด็กมีอาการทุเลาลง ไม่ต้องกดยาฉุกเฉิน ทั้งนี้มีสมาชิกครอบครัวจำนวน 2 คน ที่เข้ามาสอบถามข้อมูลผ่านช่องแชท เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีอาการไข้หวัดร่วมกับไอ ไม่มีอาการหืดกำเริบ แต่ครอบครัวมีความกังวล จึงสอบถามถึงการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยได้สอบถามอาการ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีอาการไข้มา 2–3 วัน และไอ จึงแนะนำให้พาผู้ป่วยเด็กไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยให้ครอบครัวเป็นผู้แนะนำ กระตุ้นเตือน ชี้แนะ และกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กให้เหมาะสม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งครอบครัวจะช่วยอธิบายและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยเด็กยังไม่เข้าใจตามแผนกิจกรรม กระตุ้นให้ใช้แอปพลิเคชัน คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหืด โดยได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหืดและการดูแลตนเองประกอบเอกสารแผ่นพับ รวมทั้งการมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งไม่ได้รับการสร้างแรงจูงใจและการส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของแวนุรมี วาเลาะ, ผจงศิลป์ เพิงมาก, และอุมาพร ปุญญโสพรรณ (2566) ที่พบว่า หลังนักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอมได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยการประเมินความพร่องและวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหา โดยนำการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชัน โดยครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากสำหรับการอธิบายและให้ความรู้ในครั้งแรก แต่เมื่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวสามารถใช้สื่อแอปพลิเคชันได้แล้ว ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจะสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองและนำมาปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก เช่น ติดตามผลภายหลังการทดลอง 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยเด็ก

เอกสารอ้างอิง

กัลยา นุตระ, เรณู พุกบุญมี, และเสริมศรี สันตติ. (2557). ผลของการฝึกโยคะต่อสมรรถภาพปอดและการควบคุมโรคหืดในเด็กวัยเรียน. ใน *เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15: 50 ปี มข. แห่งการอุทิศเพื่อสังคม* (น. 1493–1500). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุรีพร พูนปริญญา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *8*(4), 403–412.

ณัฐกาญจน์ การัณยภาสสกุล, อาภาวรรณ หนูคง, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2567). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมอาการของเด็กวัยเรียนโรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *42*(3), 71–87.

ทิพวรรณ นำเจริญ. (2554). *ผลของการสอนโดยใช้สื่อหนังสือการ์ตูนสำหรับฝึกบริหารการหายใจและใช้ยาพ่นต่อการควบคุมโรคหอบหืดในเด็กวัยเรียน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เบญจารัตน์ ทรรทรานนท์, ทวีลาภ ตั้นสวัสดิ์, และวราวุฒิ เกรียงบูรพา. (2565). ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, *39*(1), 33–42.

ลลวัลย์ อธิชกุล, จิรศักดิ์ สุรังคพิพรรธน์, และวรรณรี ปานศิริ. (2567). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความฉลาดทางดิจิทัลสำหรับเด็กวัยเรียน. *วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย*, *6*(2), 451–460.

วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2566). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 สุขภาพเด็ก*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

แวนุรมี วาเลาะ, ผจงศิลป์ เพิงมาก, และอุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, *15*(1), 98–120.

อุรารักษ์ ลำน้อย. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (4th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Kelada, L., Molloy, C. J., Hibbert, P., Wiles, L. K., Gardner, C., Klineberg, E., … Jaffe, A. (2021). Child and caregiver experiences and perceptions of asthma self-management. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, *31*(1), 42. doi:10.1038/s41533-021-00253-9

Naman, J., Press, V. G., Vaughn, D., Hull, A., Erwin, K., & Volerman, A. (2018). Student perspectives on asthma management in schools: A mixed-methods study examining experiences, facilitators, and barriers to care. *Journal of Asthma*, *56*(12), 1294–1305. doi:10.1080/02770903.2018.1534968

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Serametakul, D., Wonghongkul, T., Klunklin, P., & Mesukko, J. (2019). A causal model of self-management for adolescents with asthma. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *23*(4), 320–333. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/151662/150316

Stukus, D. R., Farooqui, N., Strothman, K., Ryan, K., Zhao, S., Stevens, J. H., & Cohen, D. M. (2018). Real-world evaluation of a mobile health application in children *with asthma. Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *120*(4), 395–400.e1. doi: 10.1016/j.anai.2018.02.006

Taheri, F., Nasiri, A., Namdari, S., & Salmani, F. (2023). Effect of motivational interviewing on treatment adherence and self-efficacy of adolescents with asthma: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, *10*(7), 4373–4383. doi:10.1002/nop2.1679

The Global Asthma Network. (2022). *The global asthma report 2022*. Retrieved from http://globalasthmanetwork.org/Global_Asthma_Report_2022.pdf

ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์*

Factors Predicting Blood Sugar Control Behavior among Type 2 Diabetes Patients, Lom Sak Municipality, Lom Sak District, Phetchabun Province*

วนาลี ทุมทา, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Wanalee Toomta, M.P.H. (Public Health) [1]
พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) [2]
Pattanawadee Pattanathaburt, Dr.P.H. (Public Health) [2]

Received: January 22, 2026 Revised: April 6, 2026 Accepted: April 17, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 295 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ

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

[1] มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[1] Master, Faculty of Public Health, Naresuan University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wanaleet63@nu.ac.th
[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา
[2] Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.17 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .186$, $p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด (Beta = .290, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดียิ่งขึ้น
คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study blood sugar control behavior and factors predicting blood sugar control behavior among type 2 diabetes patients. The participants were 295 type 2 diabetes patients in Lom Sak Municipality, Lom Sak District, Phetchabun Province. The research instruments included a personal information questionnaire, a thought and feeling towards specific behavior questionnaire with a reliability of .87, and a blood sugar control behavior questionnaire with a reliability of .93. Data were collected from February to March 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most type 2 diabetes patients performed overall blood sugar control behavior at a moderate level (90.17%). Career trading/personal business, self-efficacy, performance-related emotions, and interpersonal influences could statistically significantly predict blood sugar control behavior among type 2 diabetes patients, accounting for 18.60% of the variance ($R^2 = .186$, $p < .001$). The most predictive factor was self-efficacy (Beta = .290, $p < .001$).

This research suggests that healthcare providers should provide activities enhancing thought and feeling towards specific behavior among type 2 diabetes patients, focusing on self-efficacy and interpersonal influences. This will help the patients increase their blood sugar control behavior.

Keywords: Type 2 diabetes patients, Blood sugar control behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานปีละมากกว่า 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2562) หากไม่มีการดำเนินการแก้ไข ประเทศไทยจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 400,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ไพโรจน์ เสาน่วม, 2562)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 35.09, 27.28 และ 31.45 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 40) โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อำเภอหล่มสักมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในระดับต่ำสุดในจังหวัด คือ ร้อยละ 29.10 และในช่วงปี พ.ศ. 2563–2564 ก็ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 30.39 และ 31.62 ตามลำดับ ทั้งนี้ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองหล่มสัก เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สังกัดโรงพยาบาลหล่มสัก เปิดให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับเขตเทศบาลเมืองเป็นหลัก พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 30.25, 31.62 และ 31.89 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2566) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

หลักการสำคัญประการหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กและใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบตา (retinopathy) ระบบไต (nephropathy) หลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease) และระบบหัวใจและหลอดเลือด (coronary vascular disease) (ลักษณา พงษ์ภุมมา และศุภรา หิมานันโต, 2560) การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง (มาโนชญ์ แสงไสยาศน์, 2564)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยการควบคุมอาหารเป็นการรักษาอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่าวิธีการรักษาโรคเบาหวานโดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, 2563) สำหรับการใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาสองชนิดที่ใช้ คือ ยารับประทาน และยาฉีดอินซูลิน ซึ่งสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (2562) ระบุว่า ในการรับประทานยาหรือการฉีดอินซูลินนั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ทั้งยารับประทานและยาฉีดควบคู่กันมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, 2563) ส่วนการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพในการใช้ไขมันเป็นแหล่งพลังงาน ลดระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งการเพิ่มการใช้พลังงานด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น และการดื้ออินซูลินลดลง ช่วยให้อินซูลินสามารถ

ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น และการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาระในการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรัง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นโดยกระบวนการไกลโคจีโนไลซีส (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2560) โดยมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน (วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ตะวัน แสงสุวรรณ, และพุทธิพงษ์ พลคำฮัก, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยอื่น ๆ จากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับความรู้ วิธีรักษา ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (นาตยา พีระวรรณกุล, 2565) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (สิทธิธนา โตอ่อน และศิริเนตร สุขดี, 2566) อีกทั้งการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (อภิชัย คุณีพงษ์, 2561)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งได้ถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความรู้ และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers to action) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ (activity-related affect) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influences) ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสำคัญในการจูงใจ และเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล และประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคม จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี (อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, 2563) ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และพัฒนาการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติที่ถูกต้อง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

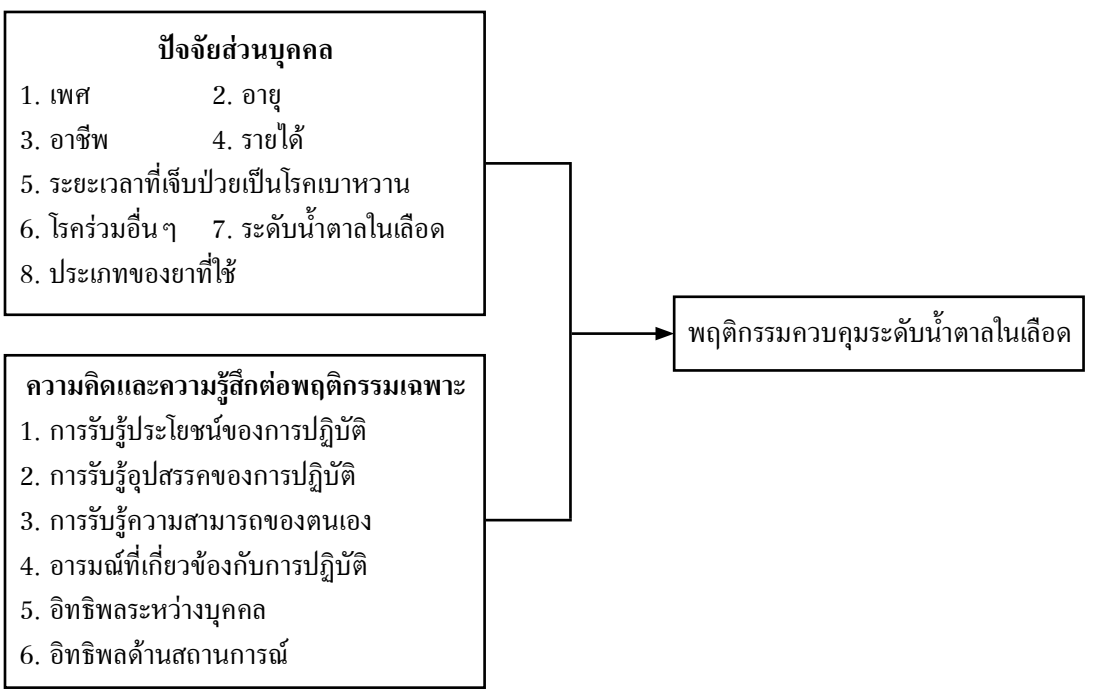
2. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมอื่น ๆ ระดับน้ำตาลในเลือด และประเภทของยาที่ใช้) และความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์) สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตเทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ที่ได้อธิบายแนวคิดของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งได้ถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ ความรู้ และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสำคัญในการจูงใจ และเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1,071 คน (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก, 2566) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหล่มสัก และเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ของ Daniel (1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานตามตัวอักษร ก–ฮ และหาช่วงของการสุ่มได้เท่ากับ 4 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้นด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมอื่น ๆ ระดับน้ำตาลในเลือด และประเภทของยาที่ใช้ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ด้านละ 10 ข้อ รวมจำนวน 60 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 44 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคิดและความรู้สึกในระดับน้อย (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ด้านละ 10 ข้อ รวมจำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 26 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับน้อย (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ

ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (2 คน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .70–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก ในหน่วยที่รับผิดชอบพื้นที่อื่นๆ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .87 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ P2-0304/2566 วันที่ 2 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก เข้าพบผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ห้องประชุมของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งอยู่ใกล้กับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้เวลา 45–60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ และข้อมูลพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.25 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.91 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.97 ปี (*SD* = 9.38) ว่างงาน/เกษียณอายุราชการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.63 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 81.02 โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,157.29 บาทต่อเดือน (*SD* = 7,612.30) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.20 โดยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.79 ปี (*SD* = 3.56) ไม่มีโรคร่วมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 59.66 ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (หลังอดอาหาร) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 72.54 และประเภทของยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ยาเบาหวานชนิดกิน คิดเป็นร้อยละ 82.71

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.83 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะในระดับปานกลางทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 72.20 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 75.25 การรับรู้ความสามารถของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 71.52 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 83.39 อิทธิพลระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 73.22 และอิทธิพลด้านสถานการณ์ คิดเป็นร้อยละ 66.10

3. พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.17 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 79.32 ด้านการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 57.97 ด้านการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 73.90 และด้านการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 70.85

4. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .186$, $p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด (Beta = .290, $p < .001$) รองลงมา คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (Beta = .230, $p < .001$) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .119, $p < .05$) และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (Beta = .112, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 295)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	Beta	*t*	*p*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.173	.032	.290	5.319	< .001
อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ	.158	.038	.230	4.113	< .001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.068	.031	.119	2.189	.029
อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.082	.039	.112	2.116	.035

Constant = 2.432, R = .432, $R^2 = .186$, adj. $R^2 = .176$, F = 16.648, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.17) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.79 ปี ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (หลังอดอาหาร) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dL (ร้อยละ 72.54) และประเภทของยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ยาเบาหวานชนิดกิน (ร้อยละ 82.71) โดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสักมีการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยได้รับสมุดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเขียนกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาครบตามกำหนด การเลือกรับประทานอาหาร จำนวนครั้ง/เวลาในการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ซึ่งผู้ป่วยจะนำมาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประเมินและให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้

และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา พีระวรรณกุล (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิธนา โตอ่อน และศิริเนตร สุขดี (2566) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับพอใช้

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพยากรณ์ทางบวกต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ โดยความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมากจะยิ่งรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น และสามารถตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีถูกต้อง และต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ถูกต้อง และต่อเนื่อง อันทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสามารถพยากรณ์ทางบวกต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีความรู้สึกทางบวกและทางลบเกิดขึ้นด้วย อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติ ซึ่งจะถูกนิยามตามความรู้สึก ความเข้าใจ และเก็บสะสมในความทรงจำ อันมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวกจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ แต่หากเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบจะเกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.39) โดยผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและทัศนคติเข้ากับอาการป่วยด้วยโรคเบาหวานและวิธีการรักษาที่แพทย์แนะนำได้ เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกจึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, และนิลาวรรณ งามขำ (2561) ที่พบว่า การเรียกร้องและความชอบอย่างอื่นที่เกิดขึ้น (อารมณ์) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา ขลังธรรมเนียม, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และคนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล (2559) ที่พบว่า การรับรู้ทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถพยากรณ์ทางบวกต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ได้ว่า การที่บุคคลจะเกิดความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ความเชื่อและ

เจตคติของบุคคลอื่นที่เป็นแหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานของสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบบุคคล ซึ่งแต่ละคนมีความอ่อนไหวต่อความปรารถนา ตัวแบบ และความชื่นชมต่อบุคคลอื่นแตกต่างกัน หากมีแรงจูงใจเพียงพอ บุคคลจะปฏิบัติตามวิถีที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้รับการชื่นชมและพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน ซึ่งการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.22) โดยผู้ป่วยจะเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อ มีเจตคติที่ดี มีความชื่นชมต่อตัวแบบบุคคล เมื่อมีแรงจูงใจเพียงพอก็จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของฌาเดีย หะยีปะจิ และพิสิษฐ์ พวยฟุ้ง (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, นิตยา เจริญยุทธ, ฐิติมา โกศัลวิตร, และนฤมล บุญญนิวารวัฒน (2562) ที่พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง และคณะ (2561) ที่พบว่า อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว สามารถพยากรณ์ทางบวกต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวเป็นอาชีพอิสระ สามารถหยุดได้ตามต้องการ และมีโอกาสสร้างรายได้สูง แต่มีจุดด้อย คือ รายได้ไม่แน่นอน มีโอกาสขาดทุนขึ้นอยู่กับทำเล เทศกาล ฤดูกาล รวมถึงภาวะเศรษฐกิจการเมือง อีกทั้งอาชีพนี้ไม่มีสวัสดิการเหมือนการเป็นลูกจ้างในระบบราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือประกันสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ประกอบกับในปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทาง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของไกรพิชิต ปรุงฆ้อง (2563) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น การกระตุ้นและเสริมแรงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีอื่น เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กว้างยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคลผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การจัดฐานจำลองสถานการณ์

ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ลองปฏิบัติ เพื่อเลือกสิ่งที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, นิตยา เจริญยุทธ, ฐิติมา โกศัลวิตร, และนฤมล บุญญนิวารวัฒน. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, *8*(2), 32–42.

ไกรพิชิต ปรุงฆ้อง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *23*(3), 14–26.

ขนิษฐา ขลังธรรมเนียม, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และคนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *17*(2), 135–144.

ณาเดีย หะยีปะจิ, และพิสิษฐ์ พวยฟุ้ง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่ กองการแพทย์ เทศบาลนครเชียงราย. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, *20*(3), 83–94.

ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, และนิลาวรรณ งามขำ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, *8*(1), 103–117.

นาตยา พีระวรรณกุล. (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น*, *3*(3), 38–55.

ไพโรจน์ เสาน่วม. (2562). *สานพลังภาคี หนุนงานวิจัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสู่นานาชาติ*. สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/?p=221310

มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.*วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, *1*(3), 59–70.

ลักษณา พงษ์ภุมมา, และศุภรา หิมานันโต. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, *20*(40), 67–76.

วิทยา เลิกสายเพ็ง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปิ้งไก่ ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมือง กำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, *2*(1), 1–10.

วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ตะวัน แสงสุวรรณ, และพุทธิพงษ์ พลคำฮัก. (2564). การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *15*(38), 428–442.

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก. (2566). *สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปี พ.ศ. 2566*. เพชรบูรณ์: ผู้แต่ง.

สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. (2562). *หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน*. สมุทรปราการ: เรดดี้ ดีไซน์ เฟิร์ม.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2562). *สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ประเมินทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย*. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2566). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2566–2570*. สืบค้นจาก https://www.lomkaodpho.com/images/ITA67/moit2/moit28.pdf

สิทธิธนา โตอ่อน, และศิริเนตร สุขดี. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมไม่ได้ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, *32*(2), B111–B121.

สุธิดา พุฒทอง. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, *31*(1), 83–96.

อภิชัย คุณีพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, *43*(3), 101–107.

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). การรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขตเทศบาลนครนครสวรรค์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น*, *1*(4), 65–77.

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

รายงานการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น*

Predicting Factors of Suicidal Behavior among Early Adults*

กมลพัชร อินปั๋น, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) [1]
Kamonpatch Inpun, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) [1]
สมบัติ สกุลพรรณ์, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน) [2] ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา) [3]
Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) [2] Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology) [3]

Received: April 9, 2024 Revised: April 29, 2026 Accepted: May 5, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และแพร่ รวมจำนวน 89 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีค่าความเชื่อมั่น 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.77 และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Kamonpatch_in@cmu.ac.th

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[3] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .339, p < .01)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่ตอนต้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง

Abstract

This predictive correlational descriptive research aimed to explore suicidal behavior and factors predicting suicidal behavior among early adults. The participants were 89 early adults who had received services from mental health and psychiatric outpatient departments at community hospitals in Chiang Mai, Lampang, and Phrae Province. The research instruments included the demographic data record, the Rosenberg Self-Esteem Scale: Revised Thai RSES with a reliability of .80, the social support questionnaire with a reliability of .80, the revised version of the Thai Herth Hope Index with a reliability of .80, and the Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.): Suicidality part with a reliability of 1. Data were collected from March to May 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most early adults were at a low level of suicide risk (79.77%). Social support is the only factor that could statistically significantly predict suicidal behavior among early adults, accounting for 33.90% of the variance (R^2 = .339, p < .01).

This research suggests that psychiatric nurses should enhance systemic social support for their clients to prevent suicidal behavior.

Keywords: Early adults, Suicidal behavior, Self-esteem, Social support, Hope

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์การฆ่าตัวตายยังคงมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งในสังคมโลกและสังคมไทย จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรโลก 1 ล้านคน ฆ่าตัวตายในทุกปี โดยแต่ละปีมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ 700,000 คน หรือทุก ๆ 40 วินาที จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งในช่วง 4–5 ปีที่ผ่านมา อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 โดยมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 20 เท่า ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 20 อันดับของสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก และยังส่งผลต่อความสูญเสียด้านสังคมและเศรษฐกิจในทุกประเทศ (World Health Organization [WHO], 2021) การฆ่าตัวตายจึงเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญของปัญหาสุขภาพทั่วโลก ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2553–2573 โดยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย และตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเป้าหมายระดับโลกและจัดไว้เป็นตัวบ่งชี้ในเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยภายในปี พ.ศ. 2573 จะทำการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากสาเหตุการฆ่าตัวตายผ่านการป้องกันและการรักษาส่งเสริมสุขภาพจิต (WHO, 2022)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561–2565) ซึ่งกำหนดเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.30 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากรายงานการจัดอันดับของประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในโลก ในปี พ.ศ. 2562 จากการสำรวจของ World Population Review และการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดอันดับที่ 32 ของโลก จากทั้งหมด 183 ประเทศทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2562) และจากรายงานระบุว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงปี พ.ศ. 2560–2562 เท่ากับ 6.03, 6.32 และ 6.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 3 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2562 คือ น่าน แพร่ และลำพูน เท่ากับ 12.54, 12.45 และ 11.85 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2562 ผู้ที่มีอายุ 20–39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง คิดเป็นร้อยละ 37.44, 35.84, 37.03 และ 36.80 ตามลำดับ ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด (อายุ 0–มากกว่า 80 ปี) โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายสูงถึง 10.81 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2562) โดยภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง และพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2562 จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดถึง 13.98, 11.35, 10.93 และ 13.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเป้าหมายจากแผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.30 ต่อประชากรแสนคน

การฆ่าตัวตายไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาทางสาธารณสุขหรือปัญหาทางสุขภาพ (health problem) เท่านั้น แต่ถือเป็นปัญหาสังคม (social problem) ที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา (สมบัติ สกุลพรรณ์, 2562) การฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิตที่

ควรได้รับการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยกลุ่มเป้าหมายที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตของประเทศ การป้องกันปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจึงยังคงเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบที่รุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายก่อให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แขน ขา และอวัยวะอื่น ๆ ส่วนด้านจิตใจส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน จะมีผลกระทบต่อผู้อยู่รอบข้างใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และอาจมีผลกระทบในระยะยาวต่อเนื่องได้นานถึง 4 ปี (สมบัติ สกุลพรรณ์, 2564) หากเหตุการณ์การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในโรงเรียนหรือที่ทำงานย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ อย่างน้อยหลายร้อยคน หากผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นบิดาหรือมารดา ลูกย่อมได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดความคิดทางลบมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ที่มีชีวิตอยู่ข้างหลัง (อภิชัย มงคล, 2553) การฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐานะของครอบครัวและชุมชนซึ่งไม่สามารถประเมินได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของปัจจัยต่าง ๆ 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตายที่สำคัญ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางถึงระดับสูง หากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ก็จะสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาโปรแกรมหรือนวัตกรรมสำหรับป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง

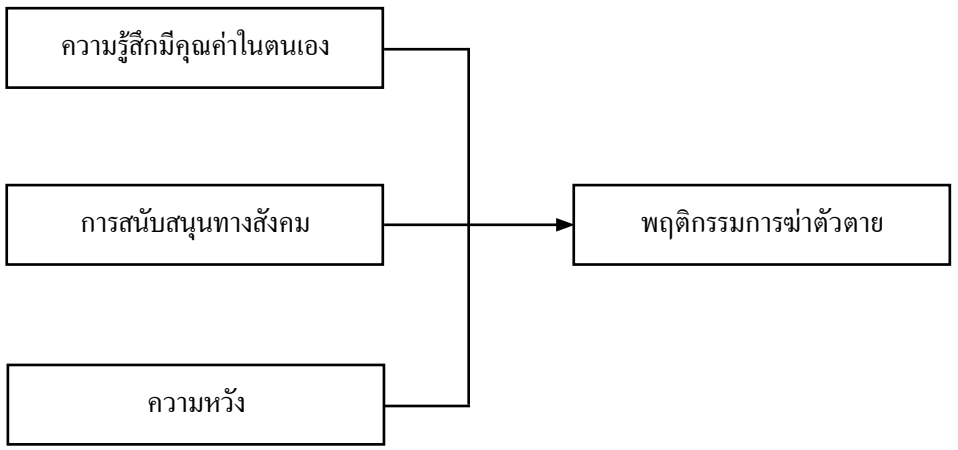
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดปัจจัยปกป้อง (protective factors) ของ International Association for Suicide Prevention (2012) ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมสามารถช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยปกป้อง 3 ประการ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weinert (2000) และความหวังตามแนวคิดของ Herth (1992) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสะท้อนการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งช่วยเหลือและการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง และความหวังเป็นพลังทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและมองเห็นความเป็นไปได้ในอนาคต ปัจจัยทั้งสามนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช เพื่อการป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 (ประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–40 ปี 2) มีประวัติการฆ่าตัวตาย/มีความคิดฆ่าตัวตาย/มีประวัติการวางแผนฆ่าตัวตายหรือยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) คือ $n > 50 + 8m$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 89 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกจังหวัด 3 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และแพร่ จากนั้นเลือกโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 8 แห่ง (จาก 23 แห่ง) ในจังหวัดลำปาง 4 แห่ง (จาก 12 แห่ง) และในจังหวัดแพร่ 2 แห่ง (จาก 6 แห่ง) แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการดื่มสุรา

ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Rosenberg (1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2536) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกนี้เลย มีความรู้สึกนี้นาน ๆ ครั้ง มีความรู้สึกนี้บ่อย และมีความรู้สึกนี้ตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม) และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และประภาศรี ทุ่งมีผล (ประภาศรี ทุ่งมีผล, 2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่าง ๆ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1–7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่แน่ใจ เห็นด้วยบางส่วน เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (15–45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46–75 คะแนน) และในระดับสูง (76–105 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) (Herth, 1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง และด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น จำนวนด้านละ 4 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12–23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24–35 คะแนน) และในระดับสูง (36–48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.]: Suicidality part) ที่พัฒนาขึ้นโดย Sheehan et al. ปี ค.ศ. 2006 ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) โดยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidality) ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ และการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย (1–8 คะแนน) มีความเสี่ยงใน

การฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9–16 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก (17 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไปทดลองใช้กับผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวังของเฮิร์ท ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80, .80 และ .80 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ได้ค่าเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 017/2021 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.18 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.29 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.67 ปี (*SD* = 6.82) มีการศึกษาระดับ ปวช./ปวส./อนุปริญญา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.46 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.06 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.45 มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 16.85 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 83.15 มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 26.97 มีประวัติการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 49.43 มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 8.99 และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 46.07

2. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.77 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.61 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 5.62 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.54 (*SD* = 6.14)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.582$, $p < .001$) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .308$, $p < .01$) ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวังกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น (n = 89)

ตัวแปร	พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย	
	r	*p*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.035	.907
การสนับสนุนทางสังคม	-.582	< .001
ความหวัง	.308	.003

3.2 อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .339$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวังต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น (n = 89)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*p*
การสนับสนุนทางสังคม	-.205	.036	-.544	-5.760	< .001

Constant = 15.610, R = .582, R^2 = .339, adj. R^2 = .316, F = 14.550, $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย (ร้อยละ 79.77) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยปกป้องโดยรวมในระดับที่เพียงพอ จึงช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ

International Association for Suicide Prevention (2012) อธิบายว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง โดยปัจจัยปกป้องสามารถลดความเสี่ยงของพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์, และหรรษา เศรษฐบุปผา (2563) ที่พบว่า ผู้มารับบริการวัยผู้ใหญ่ที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 38.38

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า หากผู้ใหญ่ตอนต้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลง ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ International Association for Suicide Prevention (2012) ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวป้องกันและลดความเครียดแก่บุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการสร้างความใกล้ชิดของครอบครัว คนใกล้ชิด และสังคม ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่ายังมีผู้คนรอบข้างคอยให้การช่วยเหลือ ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ลดการเกิดพฤติกรรมหรือป้องกันการทำร้ายตนเองได้ ดังการศึกษาของสุรชัย เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา, และกมลนัทธ์ คล่องดี (2564) ที่พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายประกอบด้วย การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และการสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนจากโรงเรียน และการศึกษาของทิชากร ทองกลีบ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, และนที วีรวรรณ (2565) ที่พบว่า การมีสิ่งกระตุ้นเครียดเป็นปัญหากับคนใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคการปรับตัวผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กระตุ้นหรือชักนำให้มีความคิดในการฆ่าตัวตาย เช่น การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้น ความเครียดสะสมจากการทำงาน การมีปัญหาหนี้สินรุมเร้า แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็อาจทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ รุ่งสาง, นุจรี ไชยมงคล, และวรรณี เดียวอิศเรศ (2560) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาวไทยได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Park (2017) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายของนักศึกษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Soto-Sanz et al. (2019) ที่พบว่า วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในอนาคต

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมักมีปัจจัยที่กระตุ้นหรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แม้ว่าบุคคลนั้นจะยังคงมีความหวังในชีวิต ก็อาจทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang (2017) ที่พบว่า การมีความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดอยากตาย และภาวะสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอยากตายในนักศึกษาชาวฮังการี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Li, Dorstyn, and Jarmon (2020) ที่พบว่า ภาวะสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นของนักศึกษามหาวิทยาลัย

การที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่

ตอนต้นได้นั้น อาจสะท้อนว่าปัจจัยทั้งสองนี้แม้จะเป็นปัจจัยปกป้องตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ International Association for Suicide Prevention (2012) แต่ในบริบทของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจมีอิทธิพลทางอ้อม หรือถูกลดทอนบทบาทเมื่อพิจารณาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลเด่นกว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยปกป้องแต่ละด้านอาจมีน้ำหนักแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของบุคคลและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสนับสนุนแนวคิดปัจจัยปกป้อง โดยเฉพาะบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรมีการส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายชุมชน โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือ (support group) การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน เพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องและลดความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจร่วมทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ เช่น ความเครียด ความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการแก้ปัญหา รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). *สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย*. สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/10-ตุลาคม-วันสุขภาพจิตโลก

ทิชากร ทองกลีบ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, และนที วีรวรรณ. (2565). สิ่งกระตุ้นเครียดของผู้ป่วยโรคการปรับตัวผิดปกติที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไวต่อสิ่งกระตุ้นเครียดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย. *เวชบันทึกศิริราช*, *15*(2), 78–85.

เบญจมาภรณ์ รุ่งสาง, นุจรี ไชยมงคล, และวรรณี เดียวอิศเรศ. (2560). ปัจจัยทำนายการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาวไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*(1), 64–73.

ประภาศรี ทุ่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จูวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2550). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*. สืบค้นจาก http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf

มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2562). *รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนแยกตามจังหวัด*. สืบค้นจาก https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp?noyear=2560

สมบัติ สกุลพรรณ์. (2562). *ศาสตร์เพื่อป้องกันอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย): รายวิชาที่เปิดสอนแบบฟรีออนไลน์ในระบบ Thai MOOC*. สืบค้นจาก https://lms.thaimooc.org/courses/course-v1:CMU+CMU025+2019/course/

สมบัติ สกุลพรรณ์. (2564). *การพยาบาลผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2563). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์, และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2563). สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช. *พยาบาลสาร*, *47*(3), 240–252.

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรชัย เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา, และกมลนัทธ์ คล่องดี. (2564). การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, *37*(1), 38–50.

อภิชัย มงคล. (2553). *เผย ปี 53 คนไทยฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 10 ราย*. สืบค้นจาก https://health.kapook.com/view31178.html

Chang, E. C. (2017). Hope and hopelessness as predictors of suicide ideation in Hungarian college students. *Death Studies*, *41*(7), 455–460. doi:10.1080/07481187.2017.1299255

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, *17*(10), 1251–1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x

International Association for Suicide Prevention. (2012). *Briefing on suicide prevention: Risk and protective factors*. Retrieved from https://www.iasp.info/resources/

Li, W., Dorstyn, D. S., & Jarmon, E. (2020). Identifying suicide risk among college students: A systematic review. *Death Studies*, *44*(7), 450–458. doi:10.1080/07481187.2019.1578305

Park, Y. (2017). Effects of depression, self-esteem, and social support on suicidal ideation in college students. *Child Health Nursing Research*, *23*(1), 111–116. doi:10.4094/chnr.2017.23.1.111

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Soto-Sanz, V., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Vázquez, T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., … Alonso, J. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, *31*(3), 246–254. doi:10.7334/psicothema2018.339

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York: Allyn & Bacon/Pearson Education.

Weinert, C. (2000). Social support in cyberspace for women with chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, *25*(4), 129–135. doi:10.1002/j.2048-7940.2000.tb01887.x

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2022). *Suicide: Facts and figures globally*. Retrieved from https://iris.who.int/handle/10665/360460

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

Organizational Commitment Factors Affecting Intention to Stay of Newly Graduated Nurses in Private Hospitals in Bangkok

ลัญชนา เพิ่มพูล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) [1]
Lunchana Permpool, M.N.S. (Gerontological Nursing) [1]
ชาติชาย พฤกษาพงษ์, พ.บ., ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อนคลินิก) [2]
Chatchai Pruksapong, M.D., Ph.D. (Clinical Tropical Medicine) [2]
ชัยสิทธิ์ ทันศึก, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [3]
Chaisit Thansuk, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [3]
สุมิตรา ทันศึก, พย.บ. [4]
Sumittra Tansuek, B.N.S. [4]

Received: January 16, 2026 Revised: June 18, 2026 Accepted: June 19, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร การคงอยู่กับองค์กร และปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 270 คน

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
[1] Instructor, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
[2] รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
[2] Associate Professor, Phramongkutklao College of Medicine
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
[3] Instructor, Faculty of Nursing, Siam University
[3] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chaisit72@hotmail.com
[4] พยาบาลวิชาชีพ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
[4] Registered Nurse, Galya Rajanagarindra Institute

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร มีค่าความเชื่อมั่น .71 และแบบสอบถามการคงอยู่กับองค์กร มีค่าความเชื่อมั่น .70 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรในระดับมากทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรโดยรวมในระดับปานกลาง ความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้า ความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ สามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .240, p < .001) โดยความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้าสามารถทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้มากที่สุด (Beta = 1.243, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า องค์กรควรให้ความสำคัญกับการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพและการจัดสรรสวัสดิการที่เหมาะสมแก่พยาบาลจบใหม่ เพื่อเพิ่มการคงอยู่กับองค์กรในพยาบาลจบใหม่

คำสำคัญ: ความผูกพันต่อองค์กร การคงอยู่กับองค์กร พยาบาลจบใหม่

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine the organizational commitment factors, intention to stay, and organizational commitment factors affecting intention to stay of newly graduated nurses. The sample consisted of 270 newly graduated nurses in private hospitals in Bangkok. The research instruments included a demographic questionnaire, an organizational commitment factors questionnaire with a reliability of .71, and an intention to stay questionnaire with a reliability of .70. Data were collected from November to December 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that newly graduated nurses had high mean scores across all six domains of organizational commitment, while their overall mean score for intention to stay was at a moderate level. Three domains of organizational commitment, including career advancement, organizational interaction, and compensation and benefits, could statistically significantly predict the intention to stay of newly graduated nurses, accounting for 24% of the variance (adj. R^2 = .240, p < .001). The most predictive factor was career advancement (Beta = 1.243, p < .001).

This research suggests that organizations should place importance on providing career paths and proper benefits to newly graduated nurses. This will help increase the

intention to stay among these nurses.
Keywords: Organizational commitment, Intention to stay, Newly graduated nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลวิชาชีพคือบุคลากรหลักในระบบสาธารณสุข โดยมีการปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เนื่องจากการพยาบาลเป็นบริการที่ต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสูง การมีกำลังคนที่เพียงพอและมีคุณภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขปัจจุบันกำลังเผชิญวิกฤตสำคัญ เพราะจำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับอัตราการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ต่ำลง สอดคล้องกับที่บุญช่วย ศิลาหม่อม (2560) กล่าวว่า ความเป็นจริงในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพยังขาดแคลนและมีการคงอยู่ในงานลดต่ำลง สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความเร่งด่วนที่ผู้นำนโยบายต้องทบทวนมาตรการบริหารจัดการ การกระจายบุคลากร และการสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อยับยั้งการสูญเสียกำลังคนและธำรงรักษามาตรฐานการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสถิติอุดมศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สำเร็จการศึกษาในกลุ่มสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทั้งหมด 10,014 คน และมีพยาบาลที่คงทำงานในระบบบริการสุขภาพ 168,402 คน สูญเสีย 7,017 คน พยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทั้งหมด 211,939 คน โดยมีพยาบาลในระบบบริการสุขภาพคิดเป็น 1 ต่อประชากร 406 คน การขาดแคลนพยาบาลทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งตามมาตรฐานที่ดีในการดูแลผู้ป่วยควรมีสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:4 เมื่อขาดคนทำงาน สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยจึงเพิ่มเป็น 1:8 (กฤษดา แสวงดี, วรารัตน์ ใจชื่น, และณัฐธยาน์กร เดชา, 2562) ส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานมากขึ้นและต้องทำงานหนักในการบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นผลให้พยาบาลส่วนหนึ่งลาออกหรือย้ายงานไปสู่ภาคเอกชน (ชญานี จุลบล, 2563) ที่ปัจจุบันมีการขยายตัวของบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานพยาบาลเอกชนมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นมากกว่า 20,000 คน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากโรงพยาบาลภาครัฐสู่ภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2565) แม้ว่าสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศไทยจะมีศักยภาพในการผลิตพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ระบบได้เฉลี่ยปีละ 11,000–12,000 คน แต่ยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เนื่องจากปัจจัยด้านความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร ประกอบกับแรงดึงดูดจากตลาดแรงงานอื่นที่มีอัตราค่าตอบแทนและสวัสดิการที่จูงใจกว่า ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรทั้งในกลุ่มพยาบาลจบใหม่และกลุ่มที่มีประสบการณ์ออกสู่ภาคเอกชนหรือสายงานอื่นนอกระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพลดลง (กฤษดา แสวงดี และคณะ, 2562) ซึ่งการลาออกของพยาบาลส่งผลกระทบหลายมิติ ทั้งเชิงเศรษฐศาสตร์ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนของกำลังคนทางการพยาบาล (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568) องค์กรจึงจำเป็นต้องมีมาตรการการธำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในงานด้วยวิธีต่าง ๆ ให้ได้นานที่สุด เพราะการมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและเพียงพอกับภาระงาน จะช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพได้

อีกทั้งยังลดงบประมาณในการสรรหาและพัฒนาบุคลากร เพิ่มความเชื่อมั่นและภาพพจน์ที่ดีให้กับองค์กร

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีมาตั้งแต่ก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นายแพทย์เฉลิม หาญพาณิชย์ ประธานกรรมการบริหารบริษัทบางกอกเชน ฮอสปิทอล จำกัด (มหาชน) เปิดเผยว่า ธุรกิจโรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการแย่งซื้อตัวบุคลากรตามมาเป็นระยะ ๆ หลายแห่งได้พยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีให้ทุนการศึกษากับนักศึกษาพยาบาล รวมถึงมีสวัสดิการที่ดี ระดับเงินเดือนที่จูงใจ มีการประเมินปรับเงินเดือนทุกปีและมีโบนัสให้ (เฉลิม หาญพาณิชย์ และทัศนา บุญทอง, 2558 อ้างถึงใน ฐิตารีย์ ภูฆัง, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และพรทิพย์ กีระพงษ์, 2565) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด คือ ความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ เมื่อองค์กรให้คุณค่า ประกอบกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้พยาบาลสามารถสื่อสารและทำงานได้อย่างมั่นใจ จะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันในงานอย่างแนบแน่น ในทางกลับกัน หากขาดแรงสนับสนุนเหล่านี้ พยาบาลจะเผชิญกับภาวะหมดไฟจากภาระงานที่สูงจนนำไปสู่การลาออกในที่สุด จากการศึกษาพบว่า การที่โรงพยาบาลจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค และมีวัฒนธรรมการทำงานแบบไม่มุ่งจับผิด จะช่วยลดความเครียดสะสม เพิ่มความสุขในการทำงาน และสามารถรักษาพยาบาลวิชาชีพให้อยู่ขับเคลื่อนองค์กรได้ (ชญานี จุลบล, 2563)

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะหมดไฟ และความตั้งใจในการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะการใช้แนวคิดบรรยากาศองค์การ 9 มิติของ Litwin and Stringer (1968) เป็นตัวเชื่อมโยงโครงสร้างองค์กรเข้ากับแรงจูงใจและพฤติกรรม แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพทุกกลุ่มอายุงาน หรือจำกัดอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐเป็นหลัก ซึ่งอาจยังไม่สะท้อนปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มพยาบาลจบใหม่ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพยาบาลจบใหม่ในช่วงอายุงาน 1–2 ปีแรก ถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและมีอัตราการหมุนเวียนลาออกสูงที่สุดในวิชาชีพ (Laschinger, 2012) เนื่องจากการปรับตัวจากสถานศึกษาเข้าสู่การปฏิบัติงานจริงที่มีความกดดันสูง อีกทั้งบริบทของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครนั้นมีความจำเพาะสูงในเรื่องการแข่งขันทางธุรกิจที่เข้มข้นและการดึงตัวหรือซื้อตัวบุคลากรระหว่างองค์กรตลอดเวลา การที่โครงสร้างองค์กรมีความซับซ้อนจนกลายเป็นอุปสรรคและเพิ่มความเครียด ย่อมส่งผลกระทบต่อพยาบาลจบใหม่รุนแรงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ (ฐิตารีย์ ภูฆัง และคณะ, 2565) ดังนั้นการศึกษาบรรยากาศองค์การในมิติต่าง ๆ เช่น โครงสร้างองค์การ ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ หรือการสนับสนุนในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ของโรงพยาบาลเอกชนในเมืองหลวงโดยเฉพาะ จึงยังเป็นช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญ การค้นพบข้อเท็จจริงในกลุ่มเป้าหมายนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการบริหารการพยาบาลให้จำเพาะเจาะจงและทันสมัยขึ้น แต่ยังมีคุณค่าสูงในเชิงบริหารสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปออกแบบแนวทางการลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ปรับปรุงบรรยากาศการทำงานให้สอดคล้องกับพยาบาลรุ่นใหม่ เพื่อสกัดกั้นการลาออกและรักษาพยาบาลศักยภาพสูงไว้กับองค์กรได้อย่างยั่งยืนในสภาวะที่มีการแข่งขันสูง (Lu, Zhao, & While, 2019)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Mowday, Porter, and Steers (1982) ซึ่งนิยามองค์ประกอบของความผูกพันต่อองค์กรไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะดำรงความเป็นสมาชิกภาพในองค์กร 2) ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มกำลังในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร และ 3) ความเชื่อมั่นและการยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและลดอัตราการลาออกของพยาบาลจบใหม่ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นทุ่มเท และตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานกับองค์กรในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร และการคงอยู่กับองค์กร ของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

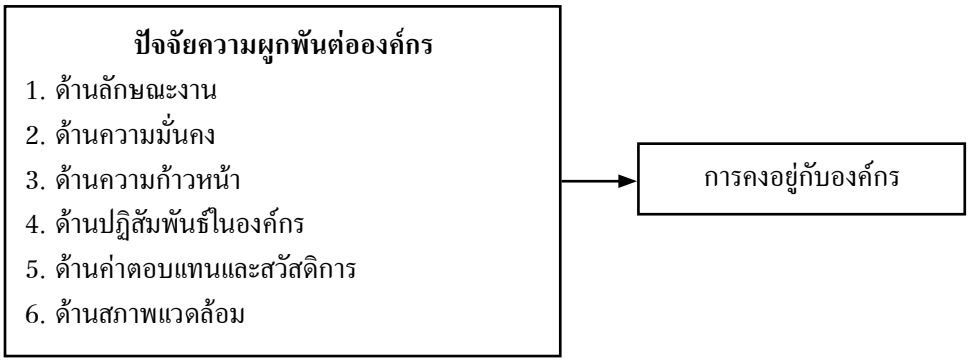
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรด้านลักษณะงาน ด้านความมั่นคง ด้านความก้าวหน้า ด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ และด้านสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Mowday et al. (1982) ที่กล่าวว่า ปัจจัยหลักที่กำหนดการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่ง (ความเชื่อมั่นในเป้าหมายขององค์กร) ความเต็มใจทุ่มเท (ความตั้งใจทำงานหนักเพื่อองค์กร) และความปรารถนาที่จะอยู่ต่อ (ความตั้งใจไม่ลาออก) องค์ประกอบที่มีผลต่อการคงอยู่โดยตรงแบ่งออกเป็น 3 หมวดหมู่หลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยลักษณะของงานและบทบาท (job & role characteristics) ประกอบด้วย (1) ความท้าทายในงาน: งานที่เปิดโอกาสให้ใช้ทักษะอย่างเต็มที่ (2) ความรับผิดชอบ: การได้รับมอบหมายงานที่ชัดเจนและมีอิสระในการตัดสินใจ และ (3) ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน: การรับรู้ถึงผลสัมฤทธิ์ของงานตนเอง 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร (structural factors) ประกอบด้วย (1) การยอมรับและรางวัล: การได้รับการยกย่องและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความสามารถ (2) ความก้าวหน้า: โอกาสในการเติบโตในสายอาชีพและการพัฒนาตนเอง และ (3) ค่านิยมและเป้าหมาย: การมีค่านิยมส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและทางเลือก (personal & alternative factors) ประกอบด้วย (1) ประสบการณ์การทำงาน: ระยะเวลาการทำงานและประสบการณ์เชิงบวกที่ผ่านมา และ (2) โอกาสในการทำงานที่อื่น: ยิ่งบุคลากรเห็นว่าตนเองมี “ทางเลือกน้อย” หรือตลาดงานภายนอกไม่มีตำแหน่งที่ดึงดูดใจ โอกาสที่จะคงอยู่กับองค์กรเดิมจะยิ่งสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความผูกพันต่อองค์กรแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านความมั่นคง ด้านความก้าวหน้า ด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ และด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งคาดว่า ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรแต่ละด้านจะส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในกลุ่มสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 10,014 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุการทำงานไม่เกิน 1 ปี 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร 3) ได้รับใบอนุญาตหรือไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 6 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 270 คน เลือกโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ 5 แห่ง (จากจำนวน 62 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลละ 54 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถาบันการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) ผลการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา รายได้ และแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Mowday et al. (1982) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน จำนวน 8 ข้อ ด้านความมั่นคง จำนวน 5 ข้อ ด้านความก้าวหน้า จำนวน 6 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร จำนวน 6 ข้อ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ จำนวน 5 ข้อ และด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับน้อยที่สุด (1.00–1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51–2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51–3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51–4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการคงอยู่กับองค์กร ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Steers (1977) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการคงอยู่กับองค์กรในระดับน้อยที่สุด (1.00–1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51–2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51–3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51–4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร และแบบสอบถามการคงอยู่กับองค์กร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .60–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร และแบบสอบถามการคงอยู่กับองค์กร ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .71 และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (เอกสารรับรองเลขที่ 2566/006.31/10 วันที่ 31 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 5 แห่ง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นมอบ QR code สำหรับการเข้าถึงเอกสารชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด พร้อมขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารและตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ และส่งกลับมาที่ผู้วิจัย โดยให้เวลา 8 สัปดาห์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร และข้อมูลการคงอยู่กับองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ ผลการทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลจบใหม่ พบว่าพยาบาลจบใหม่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.15 มีอายุอยู่ในช่วง 20–24 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.59 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันเอกชน คิดเป็นร้อยละ 77.78 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ในช่วง 3.00–3.49 คิดเป็นร้อยละ 77.04 สอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพผ่านแล้ว คิดเป็นร้อยละ 97.41 ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษาอยู่ในช่วง 7–12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 92.22 มีรายได้อยู่ในช่วง

35,001–45,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.30 และปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในสามัญ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.59

2. ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลจบใหม่ พบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรในระดับมากทั้ง 6 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความมั่นคง (M = 4.15, SD = .61) รองลงมา คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร (M = 4.03, SD = .70) ด้านลักษณะงาน (M = 4.02, SD = .58) ด้านความก้าวหน้า (M = 3.95, SD = .70) ด้านสภาพแวดล้อม (M = 3.72, SD = .71) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ (M = 3.61, SD = .68) ตามลำดับ

3. การคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ พบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 3.30, SD = .44) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรในระดับมาก 1 ข้อ คือ “การวางแผนที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้” (M = 3.88, SD = .86) และมีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรในระดับปานกลาง 7 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ว่าองค์กรจะเผชิญกับสถานการณ์ใด” (M = 3.34, SD = 1.02) รองลงมา คือ “การปฏิเสธเมื่อได้รับการชักชวนให้ไปร่วมงานกับองค์กรอื่นที่เสนอค่าตอบแทนสูงกว่า” (M = 3.33, SD = .90) “การตัดสินใจลาออกจากองค์กรหากมีทางเลือกหรือโอกาสที่ดีกว่า” (M = 3.30, SD = .80) “การวางแผนที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ตลอดไป” (M = 3.29, SD = .92) “การวางแผนที่จะเปลี่ยนงานในอนาคต” (M = 3.27, SD = .76) “ความตั้งใจที่จะไม่ลาออกแม้ลักษณะงานจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง” (M = 3.04, SD = .58) และ “ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้จนกระทั่งเกษียณอายุ” (M = 2.97, SD = .95) ตามลำดับ

4. ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้า ความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ สามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .240, p < .001) โดยความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้าสามารถทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้มากที่สุด (Beta = 1.243, p < .001) รองลงมา คือ ความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร (Beta = 1.008, p < .001) และความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ (Beta = .484, p < .001) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ (n = 270)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*p*
ความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้า	.789	.096	1.243	8.202	< .001
ความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร	.639	.126	1.008	5.083	< .001
ความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	.316	.083	.484	3.813	< .001

Constant = 3.705, R = .520, R^2 = .270, adj. R^2 = .240, F = 7.498, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรในระดับมากทั้ง 6 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความมั่นคง รองลงมา คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร ด้านลักษณะงาน ด้านความก้าวหน้า ด้านสภาพแวดล้อม และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ตามลำดับ ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติโดยตรง และเป็นสิ่งจูงใจที่ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความพึงพอใจในการทำงาน จนสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ มีทักษะในการแก้ปัญหา และรู้จักป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน การได้รับคำชมเชย ตลอดจนการได้รับมอบหมายงานที่ท้าทายและมีอิสระในการตัดสินใจ ยังเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้พยาบาลเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Steers (1977) ที่ระบุว่า ความผูกพันต่อองค์กร คือความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงออกตามบริบทขององค์กร โดยมุ่งเน้นความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะดำรงความเป็นสมาชิกภาพในองค์กร 2) ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มกำลังในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร และ 3) ความเชื่อมั่นและการยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร และสอดคล้องกับแนวคิดของ Mowday, Steers, and Porter (1979) ที่ให้ความหมายของความผูกพันต่อองค์กรในฐานะการแสดงออกถึงความจงรักภักดีและความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเต็มใจอุทิศตนเพื่อความเจริญก้าวหน้าขององค์กร โดยแสดงออกผ่านพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความรู้ความสามารถ และมีความเต็มใจปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังปรากฏพฤติกรรมการพัฒนาตนเองเพื่อยกระดับงานการเป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์องค์กร ความซื่อสัตย์โดยยึดถือประโยชน์ของส่วนรวมเป็นหลัก ตลอดจนความรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จขององค์กร และความปรารถนาที่จะครองตนเป็นสมาชิกขององค์กรไปจนถึงวัยเกษียณ แม้ว่าจะได้รับข้อเสนอที่ดีกว่าจากหน่วยงานอื่น ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรเหล่านี้ถือเป็นฟันเฟืองสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากแรงจูงใจที่ไม่ใช่เพียงตัวเงิน (non-monetary rewards) แต่ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์อันดีและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน การยอมรับนับถือทางสังคมในเกียรติและศักดิ์ศรีของวิชาชีพ รวมถึงความสมดุลระหว่าง

ชีวิตส่วนตัวกับงาน และความรู้สึกมั่นคงในอาชีพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Miner (1992 อ้างถึงในกนกพร กระจางแสง และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์, 2560) ที่ได้รวบรวมทฤษฎีของ Mowday, Porter, and Steers ซึ่งจำแนกความผูกพันต่อองค์กรออกเป็น 2 ด้านหลัก คือ 1) ด้านพฤติกรรม (behavioral commitment) อันเป็นการแสดงออกถึงความผูกพันอย่างต่อเนื่องผ่านพฤติกรรมการทำงาน โดยพนักงานพยายามที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์กรไว้ เนื่องจากมีการทุ่มเททรัพยากรทั้งแรงกายและแรงใจไปกับการทำงานอย่างมหาศาล และ 2) ด้านทัศนคติ (attitudinal commitment) อันเป็นสภาวะทางจิตวิทยาที่พนักงานมีความจงรักภักดีและปรารถนาที่จะทุ่มเทเพื่อเป้าหมายขององค์กร ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะดำรงความเป็นสมาชิกภาพในองค์กร 2) ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มกำลังในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร และ 3) ความเชื่อมั่นและการยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรโดยรวมในระดับปานกลาง โดยพยาบาลจบใหม่รับรู้ว่าองค์กรมีความมั่นคงอยู่แล้วในระดับสูง จึงเกิดลักษณะ ceiling effect ทำให้ความแตกต่างของคะแนนความผูกพันต่อองค์กรด้านความมั่นคงระหว่างบุคคลมีน้อย และไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของความตั้งใจคงอยู่กับองค์กรได้ นอกจากนี้ บุคลากร Generation Z อาจไม่ได้ให้คุณค่ากับ “ความมั่นคง” เพียงอย่างเดียวเหมือนคนรุ่นก่อน แต่ให้ความสำคัญกับการเติบโตในอาชีพ การเรียนรู้ ความยืดหยุ่นในการทำงาน และคุณภาพชีวิตมากกว่า จึงทำให้ความมั่นคงเป็นเพียงเงื่อนไขพื้นฐานในการเลือกงาน แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้ตัดสินใจคงอยู่กับองค์กรในระยะยาว เมื่อจำแนกการคงอยู่กับองค์กรเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลจบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่กับองค์กรในระดับมาก 1 ข้อ คือ “การวางแผนที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้” ในขณะที่ข้ออื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง เช่น “การปฏิเสธเมื่อได้รับการชักชวนให้ไปร่วมงานกับองค์กรอื่นที่เสนอค่าตอบแทนสูงกว่า” “ความตั้งใจที่จะไม่ลาออกแม้ลักษณะงานจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง” “ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้จนกระทั่งเกษียณอายุ” ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบหลักในงาน อันได้แก่ ความมั่นคง โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ตอบสนองความต้องการของบุคลากร ส่งผลให้เกิดทัศนคติทางบวกและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความรู้สึกมั่นคงและการมองเห็นช่องทางความก้าวหน้าในอาชีพช่วยให้พยาบาลจบใหม่สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ อันเป็นแรงจูงใจสำคัญในการธำรงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกภาพขององค์กร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Dibble (1999) ที่ระบุว่า การบริหารจัดการเพื่อการคงอยู่ของบุคลากรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน (money) การพัฒนาและโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ (development and career opportunity) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (work environment) และความสมดุลระหว่างการทำงาน ครอบครัว และความยืดหยุ่นของเวลา (work, family, and flextime) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบทางทฤษฎีเรื่องการคงอยู่ (theoretical model of retention) ของ Taunton, Krampitz, and Woods (1989) ที่จำแนกปัจจัยสนับสนุนการคงอยู่ออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ภาระครอบครัว 2) ปัจจัยด้านภาระงาน เช่น ลักษณะงานประจำ การสื่อสารในงาน 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น ความยุติธรรมของค่าตอบแทน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง และ 4) ปัจจัยด้านผู้บริหาร เช่น แรงจูงใจ และภาวะผู้นำ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้เป็นกลไกสำคัญในการรักษาพยาบาลจบใหม่ให้คงอยู่ในระบบการทำงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า ความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้า ความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ สามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความผูกพันต่อองค์กรด้านความก้าวหน้าสามารถทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในบริบทการทำงานยุคปัจจุบัน บุคลากรไม่ได้มองหาเพียงแค่ “งานที่มั่นคง” แต่มองหา “อนาคตที่เติบโต” การที่องค์กรมีเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน มีการส่งเสริมการพัฒนาทักษะของบุคลากร และบุคลากรมีโอกาสในการเลื่อนขั้นหรือตำแหน่ง จะสร้างความรู้สึกท้าทายและเติบโตร่วมไปกับองค์กร ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานจึงจัดเป็น “ปัจจัยจูงใจ” ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่ทรงพลังที่สุดในการสร้างความพึงพอใจในงานและกระตุ้นให้บุคคลอยากผูกพันและทำงานให้องค์กรในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของบุญช่วย ศิลาหม่อม (2560) ที่พบว่า โอกาสก้าวหน้าในอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y ได้ ในส่วนความผูกพันต่อองค์กรด้านปฏิสัมพันธ์ในองค์กรที่สามารถทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้ โดยมีผลทางบวก สะท้อนว่า “คน” และ “บรรยากาศ” เป็นสิ่งสำคัญ บุคลากรที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับหัวหน้างานได้รับการสนับสนุน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพื่อนร่วมงาน จะเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งช่วยลดความเครียดและแรงกดดันจากการทำงาน ส่งผลให้อัตราการลาออกลดลง เมื่อบุคลากรได้รับมิตรภาพ การช่วยเหลือ และการปฏิบัติที่ดีจากบุคคลในองค์กร จะเกิดความรู้สึกต้องการตอบแทนองค์กรด้วยการทุ่มเททำงานและเลือกที่จะคงอยู่กับองค์กรต่อไป สำหรับความผูกพันต่อองค์กรด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ สามารถทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลจบใหม่ได้เช่นกัน โดยมีผลทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการเป็น “เงื่อนไขพื้นฐาน” ที่บุคลากรคาดหวังว่าต้องได้รับในระดับที่เหมาะสมและเป็นธรรมอยู่แล้ว แต่การจะเหนี่ยวรั้งให้บุคลากรอยู่กับองค์กรในระยะยาว เพียงแค่จำนวนเงินอาจไม่เพียงพอ หากองค์กรนั้นไม่มีการส่งเสริมความก้าวหน้าหรือมีบรรยากาศการทำงานที่ไม่ดี ค่าตอบแทนและสวัสดิการอาจเป็นเพียง “ปัจจัยค้ำจุน” หรือปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจเท่านั้น แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะสร้างความผูกพันเพื่อให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กรอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Dibble (1999) ที่ระบุว่า การบริหารจัดการเพื่อการคงอยู่ของบุคลากรประกอบด้วย ค่าตอบแทน การพัฒนาและโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความสมดุลระหว่างการทำงาน ครอบครัว และความยืดหยุ่นของเวลา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบทางทฤษฎีเรื่องการคงอยู่ ของ Taunton et al. (1989) ที่ระบุว่า ปัจจัยสนับสนุนการคงอยู่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านภาระงาน เช่น การสื่อสารในงาน ปัจจัยด้านองค์กร เช่น ความยุติธรรมของค่าตอบแทนและโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง และปัจจัยด้านผู้บริหาร เช่น แรงจูงใจและภาวะผู้นำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับตำแหน่งพยาบาลที่ชัดเจนและโปร่งใส สนับสนุนทุนการศึกษาหรือการอบรมเฉพาะทาง มีการปรับปรุงค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับค่าครองชีพและภาระงานจริง จัดสวัสดิการที่ตอบสนองความต้องการของพยาบาลรุ่นใหม่ เช่น การเบิกจ่ายที่รวดเร็ว หรือสวัสดิการที่ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้องค์กรควรพัฒนาทักษะการเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลรุ่นพี่ เพื่อลดแรงกดดันและความขัดแย้งระหว่างวัย สร้างบรรยากาศความปลอดภัยทางจิตใจ เพื่อลดความเครียดและสร้าง

ความผูกพันในระดับบุคคล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่กับองค์กรระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลรัฐ และระหว่างพยาบาลจบใหม่กับพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการคงอยู่กับองค์กรของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยคัดสรรตัวแปรอิสระเพิ่มเติม เช่น ภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชา วัฒนธรรมองค์กร การสนับสนุนจากองค์กร ความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงาน (work-life balance) เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กว้างยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กนกพร กระจางแสง, และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2560). อิทธิพลของแรงจูงใจในการทำงานและการสนับสนุนจากองค์กรที่ส่งผลต่อคุณภาพในการปฏิบัติงานผ่านความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลนครธน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*, *11*(26), 116–129.

กฤษดา แสวงดี, วรารัตน์ ใจชื่น, และณัฐธยาน์กร เดชา. (2562). *แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: สื่อตะวัน.

ชญานี จุลบล. (2563). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ฐิตารีย์ ภูฆัง, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และพรทิพย์ กีระพงษ์. (2565). บรรยากาศองค์การ ความเหนื่อยล้าและการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในเครือโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, *5*(2), 79–91.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญช่วย ศิลาหม่อม. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิภาดา คุณาวิกติกุล, และชมพูนุท สิงห์มณี. (2568). ต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย: บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การจัดการ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *52*(4), 308–318.

สภาการพยาบาล. (2565). *แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565–2569*. นนทบุรี: สื่อตะวัน.

Dibble, S. (1999). *Keeping your valuable employees: Retention strategies for your organization's most important resource*. New York: John Wiley & Sons.

Laschinger, H. K. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, *20*(4), 472–484. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01293.x

Litwin, G. H., & Stringer, R. A. Jr. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston, MA: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *94*, 21–31. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011

Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.

Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, *14*(2), 224–247. Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0001879179900721

Steers, R. M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, *22*(1), 46–56. doi:10.2307/2391745

Taunton, R. L., Krampitz, S. D., & Woods, C. Q. (1989). Manager impact on retention of hospital staff: Part 1. *The Journal of Nursing Administration*, *19*(3), 14–19. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2921631/

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน*

Development of Care Model for Dependent Elderly by Community Participation*

สิรินธร์ คณานุรักษ์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [1]
Sirin Kananurak, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [1]
วิญญ์ทัญญ บุญทัน, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์); ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) [2]
Winthanyou Bunthan, Ph.D. (Nursing Science); Ph.D. (Educational Research and Statistics) [2]
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ปร.ด. (การพยาบาล) [3]
Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: August 23, 2024 Revised: May 2, 2026 Accepted: May 12, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการ 3 ระยะ ผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน ในระยะที่ 2 เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 53 คน และในระยะที่ 3 เป็นตัวแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับทุนทางสังคม และแนวทางการสนทนา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

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

[1] มหาบัณฑิต 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: winthanyou@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University: Co-advisor

กลุ่มในการประเมินรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชื่อทีม “ค้ำจุนชีวิตผู้สูงอายุพึ่งพิง” ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมศูนย์แพทย์ชุมชน เทศบาลตำบล ผู้นำท้องที่ ชมรมผู้สูงอายุ วัด ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และหน่วยงานเอกชนในพื้นที่ มีขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพปัญหา 2) การรวบรวมข้อมูลปัญหาเพิ่มเติม 3) การนัดหมายประชุมทีม 4) ทีมเยี่ยมบ้านร่วมกัน 5) การประชุมทีมหาแนวทางแก้ไขปัญหา และ 6) การประเมินผลการดำเนินงานของทีม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปใช้ โดยสร้างการมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาเพื่อร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This qualitative research aimed to develop a care model for the dependent elderly by community participation. The research was carried out in three phases. The informants in the first phase were 12 primary caregivers of the dependent elderly; in the second phase, there were 53 people involved in caring for the dependent elderly; and in the third phase, there were 12 representatives involved in caring for the dependent elderly. The research instruments included an in-depth interview question for the primary caregiver, a focus group guide on social capital, and a focus group guide regarding model evaluation. Data were collected using in-depth interviews and focus groups from May 2023 to February 2024. Data were analyzed using content analysis.

The research results revealed that a care model for the dependent elderly by community participation, operated by the “Support the Life of Dependent Elderly Team” consisting of the subdistrict health promoting hospital, elderly caregivers, village health volunteers, community medical center team, subdistrict municipality, local leaders, elderly clubs, temples, subdistrict quality of life development and career development center, and private agencies in the area. There were six steps in the process: 1) identifying the problem, 2) gathering additional problem information, 3) scheduling a team meeting, 4) visiting the home together, 5) holding a team meeting to find a solution, and 6) evaluating the team’s performance.

This research suggests that the agencies related to care for the dependent

elderly should utilize this care model for the dependent elderly by community participation. It is necessary to create participation in problem awareness to jointly make decisions, take action, receive benefits, and evaluate.

Keywords: Care model, Dependent elderly, Community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (Mauk, 2023) ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีอัตราส่วนการพึ่งพิงสูงขึ้นตามเป็นร้อยละ 31.10 อัตราส่วนการเป็นภาระร้อยละ 54.57 และอัตราส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเท่ากับ 1:3.37 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ก) การพึ่งพิงสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุด้านกายภาพที่ส่งผลต่อความสามารถและนำไปสู่การเกิดโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม เกิดภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง และต้องพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งพิงของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมากหากมีภาวะพึ่งพิงอย่างสมบูรณ์ (Mauk, 2023) รายงานประจำปี พ.ศ. 2565 ของกรมอนามัยพบว่าการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 48.22 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.67 โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.45 และโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.33 (กรมอนามัย, 2566)

ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Eliopoulos, 2022) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถทำกิจกรรมการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพิงการดูแลจากครอบครัวและชุมชน (นพวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ, 2564) ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีทั้งการดูแลแบบสถาบันและการดูแลโดยชุมชน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงแบบสถาบันยังมีอยู่อย่างจำกัดในการเข้าถึงของผู้สูงอายุไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อน ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ชุมชนนั้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจากภาครัฐอยู่แล้ว แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่สามารถขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวได้ครอบคลุมทุกปัญหาและการดำเนินการยังไม่เชื่อมประสานกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

พื้นที่วิจัยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีอัตราส่วนการพึ่งพิงร้อยละ 36.55 อัตราส่วนการเป็นภาระร้อยละ 61.23 และอัตราส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเท่ากับ 1:2.83 ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลระดับประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ข) ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง 19 คน แม้ว่าพื้นที่นี้จะมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 แต่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อยครั้ง ได้แก่ ข้อติดแข็ง แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบจากการสำลัก และเสียชีวิต (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจีน, 2565) เมื่อวิเคราะห์การดำเนินงานของพื้นที่วิจัยพบว่า การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ขาดการประสานงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ

หลักด้านการดูแลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นฝ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการดูแล ผู้จัดการดูแล (care manager [CM]) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีภาระหน้าที่อื่น ๆ จำนวนมาก รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver [CG]) ที่มักเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วย แสดงถึงการทับซ้อนของบทบาทหน้าที่ที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อีกทั้งไม่ได้มีการประสานกับทุนทางสังคมอื่นที่มีอยู่ในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วย รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายมีความหลากหลายทางด้านความต้องการทางการแพทย์เฉพาะ เช่น การดูดเสมหะ การทำแผลกดทับ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพบประเด็นสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมในพื้นที่ แต่ในพื้นที่วิจัยยังขาดความชัดเจนว่ามีทุนทางสังคมใดบ้างที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนอกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ดูแลหลัก และจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงตั้งคำถามว่าสภาพปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลักคืออะไร มีทุนทางสังคมใดที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีบทบาทอย่างไร รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่คืออะไร เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลหลักไม่มีภาระในการดูแลที่มากเกินไป โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเนื่องจากการจะทราบว่าสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลของผู้ดูแลหลัก รวมถึงบทบาทของทุนทางสังคมในการมีส่วนร่วมในการดูแลจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเชิงลึกและกว้างเพียงพอต่อการสร้างความเข้าใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลัก
2. เพื่อศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการสร้างความเข้าใจ 3 แนวคิด ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วม และทุนทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมต้องพิจารณาถึงระดับการมีส่วนร่วมในการประเมินบทบาทในการส่งเสริม ควบคุม หรือขัดขวางกิจกรรม ประเภทหลักของการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วม 3 ประเภทแรก เป็นแนวทางปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีความจำเป็นสำหรับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (Cohen & Uphoff, 1980) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดภาพของการมองหาลักษณะการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีทรัพยากรบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้นในทุกพื้นที่ มีระบบสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ทั้ง 3 แนวคิดนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถวางกรอบแนวทางการดำเนินการวิจัยคือ กรอบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุเดิมใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทุนทางสังคมที่ควรมีอยู่และลักษณะของการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นฐานที่กำหนด

แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) ใช้เป็นแนวทางการสร้างแนวคำถามการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่สามารถทราบได้ทั้งหมดว่าแท้จริงนั้นพื้นที่วิจัยมีทุนทางสังคมใดบ้าง และมีบทบาทอย่างไรในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จึงต้องอาศัยวิธีการเชิงคุณภาพในการเสาะแสวงหาข้อมูลเหล่านี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลหลัก ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่วิจัย (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย และมีคะแนน Barthel ADL 0–4 คะแนน) ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี สัญชาติไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 53 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผู้นำท้องที่ 3) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 4)กลุ่มสังคมในชุมชน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามเอกสารการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโดยการสุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบก้อนหิมะ (snowball technique) จากข้อมูลอ้างอิงของผู้ดูแลหลักและผู้ให้ข้อมูลก่อนหน้านี้

ระยะที่ 3 ผู้ให้ข้อมูล (เข้าร่วมการสนทนากลุ่มในการประเมินรูปแบบ) เป็นตัวแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตัวอย่างคำถาม เช่น “ทำไมคุณถึงได้เป็นผู้ดูแลหลัก” “คุณเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในผู้สูงอายุที่คุณดูแลตั้งแต่พวกเขาป่วยจนถึงปัจจุบัน คุณคิดว่าสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่คุณกล่าวถึงคืออะไร” “คุณให้การดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง” “คุณต้องการความช่วยเหลืออะไรในการดูแลผู้สูงอายุ” “คุณคิดว่าใครที่ควรมาช่วยเหลือคุณในเรื่องนี้” มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับทุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตัวอย่างคำถาม เช่น “บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของคุณคืออะไร มีปัญหาใดในการดูแลหรือไม่” “ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุได้สะท้อนถึงปัญหาและความต้องการในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 ประเด็น ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการจัดการ/แก้ไขอย่างไร ใครที่ควรมีบทบาทในการดำเนินการ เพราะเหตุใด และควรทำอย่างไร” มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

3. แนวทางการสนทนากลุ่มในการประเมินรูปแบบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตัวอย่างคำถาม เช่น “ประเด็นใดบ้างที่ยังไม่สมบูรณ์หรือจำเป็นต้องปรับปรุงในร่างรูปแบบนี้” “ควรปรับปรุงประเด็นที่เสนออย่างไร” มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ทั้งนี้ แนวทางการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มออกแบบตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีการ

ตะล่อมกล่อมเกลา (probe) เพื่อให้ได้ประเด็นเชิงลึกและขยายความเข้าใจมากขึ้น ดังนั้นแนวคำถามเหล่านี้จึงเป็นเพียงการเปิดการสนทนาตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และเมื่อผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์รายแรกได้มีการนำข้อมูลที่ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของประเด็นและเนื้อหาที่ได้ จากนั้นจึงปรับแนวคำถามเพื่อให้ได้ประเด็นและเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับทุนทางสังคม และแนวทางการสนทนากลุ่มในการประเมินรูปแบบ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและการวิจัยเชิงคุณภาพ (3 คน) และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนและการวิจัยเชิงคุณภาพ (2 คน) จากนั้นดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ HCU-EC1340/2023 วันที่ 11 พฤษภาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลหลัก ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 ดังนี้ 1) ผู้วิจัยสร้างกรอบประชากรของผู้ให้ข้อมูลโดยศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดต่อผู้ดูแลหลักที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและขอนัดหมายวัน-เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้าน 2) เมื่อถึงวัน-เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยพบผู้ดูแลหลักที่บ้าน ขออนุญาตบันทึกเสียง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาครั้งละ 45–60 นาที โดยมีการบันทึกภาคสนามและการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ 3) ผู้วิจัยถอดเสียงการสัมภาษณ์แต่ละคน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล และทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักคนต่อไปจนกระทั่งครบจำนวน และ 4) ผู้วิจัยสร้างรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่และสร้างประเด็น นำข้อมูลที่ได้ปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2566 ดังนี้ 1) ผู้วิจัยสร้างกรอบประชากรของผู้ให้ข้อมูลโดยอาศัยข้อมูลที่อ้างอิงจากผู้ดูแลหลักในระยะที่ 1 และข้อมูลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ดูแลหลักอ้างอิง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กลุ่มสังคมในชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และวัด) และเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมี อสม. และ CG จำนวนมาก จึงดำเนินการสนทนากลุ่มแยกจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และขอนัดหมายวัน-เวลาในการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่ม อสม. กลุ่ม CG และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ห้องประชุมเทศบาลตำบล กลุ่มสังคมในชุมชน ที่สำนักงานชมรมผู้สูงอายุตำบล กลุ่มผู้นำท้องที่ ที่สำนักงานกำนัน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชน ที่ห้องประชุมของศูนย์แพทย์ชุมชน

ตามลำดับ 3) เมื่อถึงวัน-เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 60–120 นาที โดยมีการบันทึกภาคสนามและการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม และ 4) ผู้วิจัยถอดเสียงการสนทนากลุ่ม สร้างรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่และสร้างประเด็น นำข้อมูลที่ได้ปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบข้อมูลกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ดังนี้ 1) ผู้วิจัยร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากข้อมูลสภาพปัญหาในระยะที่ 1 และข้อมูลทุนทางสังคมและบทบาทในระยะที่ 2 2) ผู้วิจัยแต่งตั้งตัวแทนจากกลุ่มทุนทางสังคมแต่ละกลุ่ม และมอบร่างรูปแบบให้กับตัวแทน เพื่อประเมินในเบื้องต้น และนัดหมายวัน-เวลาในการสนทนากลุ่ม 3) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการของการสนทนากลุ่ม 4) ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 120 นาที และ 5) ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปรับรูปแบบตามการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และมอบให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มตรวจสอบอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Colorafi & Evans, 2016) โดยข้อมูลในระยะที่ 1 ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบธรรมดา (conventional content analysis) ข้อมูลในระยะที่ 2 และ 3 ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบกำหนดทิศทาง (directed content analysis) และมีการสร้างเมทริกซ์ (matrix analysis) ตามประเด็นสภาพปัญหาการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลักในระยะที่ 1 เพื่อสะท้อนบทบาทเดิม ปัญหาการดูแล บทบาทเพิ่มเติม และความคาดหวังในการให้การดูแล

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ และดำเนินการวิจัยภายใต้การดูแลของอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งความน่าเชื่อถือของการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบด้วยเกณฑ์ของ Lincoln and Guba (1985) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (member checks) โดยผู้วิจัยส่งข้อมูลจากการถอดเสียงในรูปแบบกระดาษไปยังผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) ซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชนและครอบครัว 1 คน และอาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน ร่วมกันตรวจสอบประเด็นหลักและประเด็นย่อย

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยแสดงปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลัก ทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก และ 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 สภาพการดูแลที่ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับ ผู้ดูแลหลักต้องเผชิญกับสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผู้ดูแลหลักและครอบครัว มี 4 ประเด็นย่อย คือ 1) ไม่มีความมั่นใจในการดูแล 2) แบกรับภาระให้การดูแลเพียงลำพัง 3) ของใช้ในการดูแลไม่เพียงพอ และ 4) มีปัญหาสุขภาพ

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่มีความมั่นใจในการดูแล การขาดความมั่นใจในการดูแลมาจากการที่ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้การดูแลตามปกติมีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด การเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ซึ่งประเด็นเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการดูแลเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความต้องการจำเป็นทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดังคำพูดต่อไปนี้

"มีสายอาหาร แล้วก็สายหายใจที่คอ ไม่กล้าทำคนเดียว ทำไม่ได้...แผลที่คอไม่กล้าหาญทำ เวลาถอดท่อ พี่ไม่เคย ไม่กล้าทำ" (ID 2)

"เราไม่มีความรู้เรื่องกายภาพบำบัด...ไม่มีความรู้เรื่องอาหารที่ทำให้แกกิน" (ID 7)

"ให้อาหารทางสาย ที่เราไม่เคยทำ อันนี้พี่ไม่มั่นใจว่าพี่จะทำได้หรือไม่ได้" (ID 4)

ประเด็นย่อยที่ 2 แบกรับภาระให้การดูแลเพียงลำพัง การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งหมดมาจากการไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เป็นการรับหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุหรือตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ส่งผลให้ต้องขาดรายได้ประจำ รายได้จึงไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้ในบางครั้งต้องออกไปหารายได้นอกบ้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนควรมีการดูแลผู้ดูแลหลักที่ได้รับผลกระทบในชีวิตจากการกลายเป็นผู้ดูแลหลักด้วย เช่น การสร้างงานที่สามารถทำได้ที่บ้าน หรือการจัดตารางงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาในการทำภารกิจส่วนตัวหรือพักจากการดูแล ดังคำพูดต่อไปนี้

"มีรายได้ทางเดียว ส่วนนึงก็คือต้องมาดูแลแกมันไม่พอ อะไหรพรันนี่ครับ...ทุกวันจะเป็นคนดูแลหมดเลย...ถ้าเป็นเมื่อก่อนรับจ๊อบเสริม ช่วงหลังไม่ได้ไป ต้องช่วยกันดูแล" (ID 7)

"พี่ตัดยาง พี่ก็ตัดยางหัวรุ่ง เสร็จก็มาป้อนข้าว เปลี่ยนแพมเพิร์ส กลางวันก็อยู่แบบนี้ล่ะ" (ID 11)

"ฉันก็มีปัญหาเรื่องเงินทอง ก็มีบ้างที่ติดขัด" (ID 9)

ประเด็นย่อยที่ 3 ของใช้ในการดูแลไม่เพียงพอ การให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและที่เพิ่มเติมจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหลักมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการให้การดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิ่งของสิ้นเปลืองที่ต้องใช้เป็นประจำ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น สายดูดเสมหะ รวมถึงอาหารพิเศษ เช่น อาหารปั่น เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนต้องมุ่งเน้นการดูแลด้านสวัสดิการทางสังคมควบคู่ไปกับการบริการสุขภาพด้วย ดังคำพูดต่อไปนี้

"ดูแลเกี่ยวกับของใช้ ก็สายดูดเสมหะ แพมเพิร์สสำลีปลอดเชื้อ ผ้าก๊อซ...น้ำยาใช้แอลกอฮอล์ น้ำเกลือไม้พันสำลี ใช้หมดเหลย" (ID 2)

"แพมเพิร์สเปลี่ยนวันหนึ่งอย่างต่ำไม่น้อยหว่า 3 แผ่น...ถ้าต้องการก็จะเป็นพวกของใช้ เช่น แพมเพิร์ส ทิชชูเปียก กระดาษชำระ กระดาษทิชชู" (ID 4)

"วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลือง เช่น สายดูดเสมหะที่ต้องซื้อ ขอเบิกที่สามตำบลได้ 20 เส้น ไม่พอ ต้องซื้อเพราะใช้เยอะ อาหาร แผ่นรองที่ว่าหนักต้องซื้อ...นมแบบเดอร่าต้องหาซื้อที่ถูก ๆ" (ID 5)

ประเด็นย่อยที่ 4 มีปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลหลักสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองคือมีโรคประจำตัวอยู่เดิม เมื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้มีอาการปวดหลัง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด เหนื่อยหน่ายท้อแท้ กังวล และต้องละทิ้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนหรือสังคมการทำงานเดิมที่เคยมี จากการต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนจำเป็นต้องเพิ่มการบริการการดูแลชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (respite care) ที่สะดวกต่อการเข้าถึงและอยู่ภายในพื้นที่ของชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้พักจากการดูแล ดังคำพูดต่อไปนี้

"พี่อยากนอนนั่น ไม่ได้นอนถึงอยากจะนอน

แต่ก็เป็นไปไม่ได้ อย่างว่าล่ะ ร้องไห้น้ำตาแทบเต็มถัง" (ID 1)

"ผมปวดหลัง ต้องกินยาแก้ปวด เพราะวันหนึ่งยกแกหลายรอบ บางทียกผิดวิธี ยกเยอะ" (ID 4)

"นัดเพื่อนไปมั้ง ช่วงหลังไม่ได้ไป ต้องช่วยกันดูแล" (ID 7)

"นั่นแหละมันท้อเหมือนกันแหละ ปล่อยวางแล้ว" (ID 8)

"เคยเป็นมะเร็ง...ฉันกลัวเวลาหน้ามืด เวลาฉันไม่ไหวฉันต้องคลานไปดูแลแก ฉันไม่มีแรง" (ID 9)

"คือบางครั้งนึกขึ้นมาในหัวมันเหนื่อย แต่ว่าบางทีมันจำเป็นต้องทำ" (ID 10)

ประเด็นหลักที่ 2 ปัญหาการดูแลที่เชื่อว่าชุมชนช่วยเหลือได้ เป็นความคาดหวังของผู้ดูแลหลักที่ได้บอกถึงสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตนเองกำลังประสบอยู่และไม่สามารถจัดการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ มี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) อยากมีผู้มาช่วยผลัดเปลี่ยนการดูแล 2) อยากได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และ 3) อยากมีความรู้และทักษะในการดูแลที่เพิ่มเติม

ประเด็นย่อยที่ 1 อยากมีผู้มาช่วยผลัดเปลี่ยนการดูแล เป็นเรื่องเดียวที่ผู้ดูแลหลักร้องขอเพื่อตนเอง เนื่องจากต้องใช้เวลาในทุกวันไปกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ จึงต้องการให้มีผู้ที่มาช่วยผลัดเปลี่ยนการดูแลเพื่อให้ตนเองนั้นสามารถพักผ่อนหรือออกจากการดูแลชั่วคราว ในผู้ดูแลหลักที่มีสมาชิกครอบครัวรายอื่นมักคาดหวังให้ญาติพี่น้องมาร่วมดูแล แต่ผู้ที่ไม่มีสมาชิกครอบครัวรายอื่นมักอยากมีรายได้ที่มากพอที่จะจ้างคนอื่นมาดูแลหรือใครก็ได้ที่มาผลัดเปลี่ยนการดูแลบางครั้ง สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการที่ชุมชนจะต้องสร้างศูนย์การดูแลชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสได้พักจากการดูแล ดังคำพูดต่อไปนี้

"พี่เห็นวัยรุ่นที่เดินอยู่ พี่อยากจ้างช่วยดูแล... ถ้ามีคนมาดูแล อย่างอสม. ช่วยมาดูสักชั่วโมงสองชั่วโมงได้ดีแหละ เราจะได้ไปพักบ้าง" (ID 1)

"คิดว่าคนที่จะดูแลได้เป็นคนในครอบครัว พี่สาวผมแกมาช่วยไม่เยอะ...น่าจะมีคนมาผลัดเปลี่ยนเราในการดูแลบ้าง...ต้องเป็นคนในครอบครัว" (ID 4)

"ป้าไม่เห็นใคร...พี่น้องไม่เห็นมา คำว่ามาช่วยทำนั่นทำนี่ไม่มี" (ID 6)

ประเด็นย่อยที่ 2 อยากได้รับการสนับสนุนจากชุมชน เป็นความคาดหวังของผู้ดูแลหลักที่ต้องการให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสนับสนุนตนเองและผู้สูงอายุ เช่น ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เทศบาลตำบล CG และ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละกลุ่มที่ผู้ดูแลหลักอ้างอิงจะตอบสนองความคาดหวังที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเดิมนั้นมุ่งเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขภาพมากกว่าด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งการดูแลนั้นมักก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากเกินกว่าที่ผู้ดูแลหลักจะแบกรับได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

"บ้านพี่ไม่เคยได้จากหน่วยงานไหนเลยจริง ๆ...เขาไม่ค่อยเข้าถึงผู้สูงอายุติดเตียงสักเท่าไหร่ ต้องมีขวัญและกำลังใจบ้างนะ" (ID 5)

"จริงแล้วผู้นำชุมชนต้องมีส่วนร่วม ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านสามารถทำได้นะ แต่ไม่รู้ว่าขอบเขตการดูแลจะถึงไหน" (ID 7)

"อยากให้มาช่วยดูแล...ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อนามัย เทศบาลนี่แหละ" (ID 11)

ประเด็นย่อยที่ 3 อยากมีความรู้และทักษะในการดูแลที่เพิ่มเติม ความรู้และทักษะที่ต้องการเพิ่มเติมของผู้ดูแลหลักมักมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อยากมีความรู้และความมั่นใจในการให้อาหารทางสายยางจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้หรือเกิดการสำลัก อยากทำแผลให้ถูกต้องโดยเฉพาะแผลกดทับ

และแผลจากการเจาะคอ อยากทำกายภาพบำบัดให้ดีกว่านี้จากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและมีข้อติดแข็ง สะท้อนให้เห็นว่า ในระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือรูปแบบที่จะพัฒนาขึ้นใหม่จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการดูแลทางการแพทย์มากขึ้นหรือแสวงหาเครือข่ายสุขภาพที่จะสามารถเข้ามาสนับสนุนการดูแลเหล่านี้ ดังคำพูดต่อไปนี้

"เรื่องกายภาพบำบัดเราไม่มีความรู้ ถ้ามีจะช่วยได้ เคลื่อนไหวได้มากขึ้น...เรื่องอาหาร กินอยู่แบบเดียว ไม่มีความรู้เรื่องอาหาร ถ้ารู้ก็ดี ทำให้แกกินได้" (ID 7)

"อยากให้เค้ามาแนะนำนั่นว่าคนไข้ติดเตียงปฏิบัติอย่างไร เราอยากรู้ตรงนั้น ใช้อุปกรณ์อะไรบ้างในการที่จะดูแล...เพราะว่าเราไม่มีข้อมูล" (ID 8)

2. ทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทุนทางสังคมที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนและนอกชุมชนที่เป็นเครือข่ายที่สามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผู้อำนวยการพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ [care manager; CM] พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย อสม. และ CG) 2) เทศบาลตำบล (รองปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการสำนักปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการและหัวหน้างานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) 3) ผู้นำท้องที่ (ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) 4) กลุ่มสังคมในชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ [ศพอส.] วัดพุทธ) และ 5) ศูนย์แพทย์ชุมชนสามตำบล โดยเสนอปัญหาในการดำเนินงาน มุมมองในการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มเติมจากการดำเนินงานเดิม และมุ่งเน้นการดำเนินงานจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลัก ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัญหาการดำเนินงานในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ มีจำนวนเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ไม่เพียงพอ การทำงานไม่เชื่อมโยงประสานกันกับหน่วยงานอื่น CG มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแล ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบในการจัดการประเด็นปัญหานี้ให้มีประสิทธิภาพ คือ ต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว อสม. CG และบุคลากรสาธารณสุข สร้างระบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันแบบองค์รวม มีระบบการติดตาม มีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีงบประมาณที่เพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับการให้การดูแล CG และ อสม. ต้องทบทวนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุนทรัพยากรการดูแล มีการสร้างศูนย์การดูแลระยะยาว (day care) ในชุมชนทั้งแบบสถาบันและการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสพักการดูแลชั่วคราว ซึ่งผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลนี้ด้วย ทั้งนี้ CG ต้องค้นหาปัญหาในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายงานปัญหาที่พบต่อ CM เมื่อ CM ได้รับแจ้งปัญหาต้องออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ CG โดยเร็วในการประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลประสานและนัดหมายทีมในการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เขียนแผนการดูแลร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการตอบสนองต่อประเด็นสภาพการดูแลที่ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับนั้น CM มีบทบาทเพิ่มเติมในการให้ความรู้และทักษะการดูแลที่จำเป็นและติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ในส่วน CG และ อสม. มีการผลัดเปลี่ยนการดูแลกับผู้ดูแลหลัก มีการบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเบื้องต้น ซึ่งบทบาทที่เพิ่มเติมเหล่านี้ครอบคลุมประเด็นความคาดหวังของผู้ดูแลหลักด้วย

2.2 เทศบาลตำบล ปัญหาการดำเนินงาน

คือ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบราชการในการจัดสรรงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทุกคน มุมมองในการจัดการประเด็นปัญหานี้ให้มีประสิทธิภาพ คือ ต้องมีการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มจำนวน CG ยกระดับสมรรถนะของ CG มีคนกลางในการดูแลระบบบริการและมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจน ซึ่งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเยี่ยมบ้านพร้อมกัน เพื่อให้สามารถสั่งการได้ทันที ในการพัฒนารูปแบบขึ้นใหม่นั้น เจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลต้องออกเยี่ยมตามนัดหมายของ CM ทุกครั้ง เพื่อรับทราบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน ร่วมประชุมวางแผนการดูแล ร่วมแก้ไขปัญหาและสั่งการได้ทันทีตามระเบียบของราชการ รวมถึงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นปัญหาที่พบ สนับสนุนงบประมาณเร่งด่วนที่สามารถจัดสรรได้ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยานพาหนะในการส่งต่อ จัดสรรกองทุนสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป สนับสนุนการจัดอบรมทุกด้านแก่ผู้ดูแลหลักเป็นรายกลุ่ม จัดหาแหล่งจำหน่ายสินค้าแก่ผู้ดูแลหลัก

2.3 ผู้นำท้องที่ ปัญหาการดำเนินงาน คือ มีการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย มุมมองในการจัดการประเด็นปัญหานี้ให้มีประสิทธิภาพ คือ ต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบขึ้นใหม่ ผู้นำท้องที่ต้องออกเยี่ยมพร้อมทีม แก้ไขปัญหาร่วมกับทีม และติดตามความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานอำเภอ บริจาคเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเร่งด่วน

2.4 กลุ่มสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ ทุนทางสังคมภายในพื้นที่ชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ ศพอส. วัดในชุมชน และบริษัทเอกชน) และทุนทางสังคมภายนอกชุมชน (การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ที่ว่าการอำเภอ และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด [พมจ.]) ปัญหาการดำเนินงาน คือ ชมรมผู้สูงอายุมีงบประมาณที่จำกัดเฉพาะสำหรับสมาชิกชมรมเท่านั้น และไม่มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบขึ้นใหม่ ชมรมผู้สูงอายุเสนอการขยายสวัสดิการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกรายตามความเหมาะสม มีการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานข้อมูลความต้องการของประชาชนให้แก่ชมรมผู้สูงอายุและส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้นำท้องที่ต้องเยี่ยมผู้สูงอายุให้มากขึ้น มีทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกันกับชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ศพอส. และชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย ศพอส. จะส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุบริจาคช่วยเหลือเบื้องต้น เยี่ยมให้กำลังใจผู้ดูแลหลักและผลัดเปลี่ยนการดูแลกับผู้ดูแลหลัก CG และ อสม. ซึ่งวัดจะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริจาคสิ่งของดำรงชีพที่ได้รับมาจากญาติโยม และในอนาคตอาจใช้พื้นที่ของวัดในการตั้งเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (respite/ day care) อีกทั้งในพื้นที่ชุมชนยังมีบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ตั้งอยู่ และบริษัทเอกชนมีโครงการ CSR ที่สามารถสนับสนุนผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตได้ เช่น ไข่ไก่ หรือสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภค สนับสนุนการปรับปรุงซ่อมแซมที่อยู่อาศัย รวมถึงให้การสนับสนุนตามการร้องขอของชุมชน ซึ่งเมื่อแสวงหาทุนทางสังคมทั้งหมดในการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชน พบว่ายังมีทุนทางสังคมอื่นๆ ที่อยู่ภายนอกพื้นที่ชุมชน แต่เป็นเครือข่ายที่สามารถขอสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ คือ มีการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลด้วย ซึ่งสามารถกำหนดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกรณีศึกษาที่จะทำให้ได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและทางการแพทย์ ติดตามอาการ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลัก และสนับสนุนการให้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการร้องขอ และผู้ดูแลหลักสามารถพักจากการดูแลในระยะสั้นได้ ส่วน พมจ. มีบทบาทในการสนับสนุน

ช่วยเหลือตามการร้องขอของเทศบาลตำบล และที่ว่าการอำเภอมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือตามการร้องขอของผู้นำท้องที่

2.5 ศูนย์แพทย์ชุมชนสามตำบล เป็นการขยายการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ อันเป็นทุนทางสังคมที่มีความจำเพาะในพื้นที่นี้ แม้จะมีแพทย์และพยาบาล รวมถึงนักกายภาพบำบัดประจำศูนย์ แต่ทรัพยากรของรัฐที่สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำกัด อีกทั้งผู้ดูแลหลักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ เช่น การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบขึ้นใหม่ ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องพัฒนาศักยภาพของ CG ผู้ดูแลหลัก และประชาชนในชุมชนด้วย ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนสามตำบลควรมีการเยี่ยมประเมินความซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีม วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับ CM และติดตามการดูแลที่จำเป็น ซึ่งในการตอบสนองต่อประเด็นสภาพการดูแลที่ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลักด้วย

โดยสรุป พื้นที่ชุมชนนี้มีทุนทางสังคมในลักษณะที่ใกล้เคียงกับรูปแบบการดูแลของรัฐหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ปัญหาที่มีความชัดเจนที่สุดของระบบบริการนี้ คือ มีการแบ่งแยกการทำงานของทุนทางสังคมออกจากกัน ไม่เชื่อมประสานกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมุ่งเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมุ่งเน้นการดูแลด้านสวัสดิการสังคม โดยไม่ได้ดึงทุนทางสังคมอื่นเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ได้แก่ ผู้นำท้องที่ ชมรมผู้สูงอายุ ศพอส. วัด บริษัทเอกชน และนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งยังเป็นการดำเนินงานที่ไม่ได้จำเพาะกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้จะต้องมีการนำทุนทางสังคมทั้งหมดมาใช้ในการออกแบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เชื่อมประสานกัน ไม่ทับซ้อนกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลักได้

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนารูปแบบเป็นการนำประเด็นข้อเสนอแนะของทุนทางสังคมทั้งหมดที่สะท้อนบทบาทของตนเองที่สามารถเชื่อมโยงเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ และมีการกำหนดบทบาทใหม่ของตนเองขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การเกิดทุนทางสังคมทั้งที่มีอยู่เดิมภายในพื้นที่ชุมชนและที่เป็นเครือข่ายภายนอก ดังนั้น เมื่อนำบทบาทของทุนทางสังคมมาประกอบร่างสามารถสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชื่อทีม “ค้ำจุนชีวิตผู้สูงอายุพึ่งพิง” สมาชิกทีมประกอบด้วย ผู้บริหารเทศบาลและเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในเทศบาลตำบล ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล CM, CG อสม. ทีมศูนย์แพทย์ชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน ศพอส. ชมรมผู้สูงอายุ เจ้าอาวาสวัดท่านางหอม และเจ้าหน้าที่ฝ่ายกิจกรรมสังคมของบริษัทเอกชนในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพปัญหา CG เป็นผู้เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลตามปกติ แต่ต้องทำการสอบถามปัญหาในการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน และแจ้งปัญหากับ CM

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูลปัญหาเพิ่มเติม เมื่อ CM ได้รับแจ้งปัญหาจาก CG มีการปรึกษาหารือระหว่าง CM กับ CG เบื้องต้น จากนั้นจึงเยี่ยมบ้านร่วมกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาเพิ่มเติม

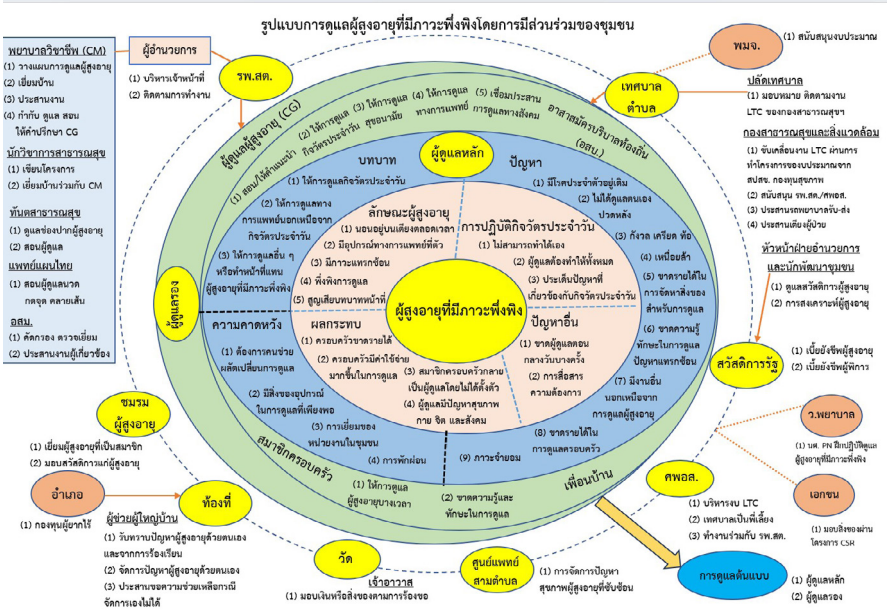
ขั้นตอนที่ 3 การนัดหมายประชุมทีม CM ประสานสมาชิกทีม “ค้ำจุนชีวิตผู้สูงอายุพึ่งพิง” เพื่อนัดหมายการประชุมผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งมีการประชุมประจำเดือนและการประชุมเฉพาะกิจในกรณีที่พบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม หรือมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ การประชุมเฉพาะกิจเป็นการปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจากข้อมูลของ CM และ CG วางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้งทีมเพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัญหาตามความเป็นจริง เมื่อกำหนดการเยี่ยมบ้านของทีม CG จะรับผิดชอบในการแจ้งผู้ดูแลหลักในการขอเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ทีมเยี่ยมบ้านร่วมกัน ทีมเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามกำหนดการ ทำการประเมินสภาพปัญหาตามความเป็นจริงโดยทีมที่มีความเป็นสหวิชาชีพ ที่จะทำให้ได้รับข้อมูลปัญหาในเชิงลึกในแต่ละด้าน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อได้ข้อมูลที่เพียงพอ CM จะนัดหมายการประชุมทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการประชุมนี้จะมีผู้ดูแลหลักเข้าร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 5 การประชุมทีมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ทีมประชุมร่วมกันในการปรึกษาหารือแนวทางดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลหลักในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมและร่วมตัดสินใจ ซึ่งมีตัวแทนของ CG หรือ อสม. รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชั่วคราว มีการปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือสร้างแผนใหม่ มีการมอบหมายหน้าที่ของสมาชิกทีมตามแผนการดำเนินงานใหม่

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลการดำเนินงานของทีม เมื่อถึงกำหนดระยะเวลาการประเมินผลแผนการดำเนินงาน CM นัดหมายทีมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามที่ได้มอบหมายดำเนินการ กรณีที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน กล่าวคือ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการแก้ไข ทีมต้องย้อนกลับไปยังขั้นตอนที่ 4–6 คือ วางแผนทีมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกครั้ง จนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ทั้งนี้ สามารถสรุปเป็นแผนภาพรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี 2 ประเด็นหลัก คือ สภาพการดูแลที่ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับ และปัญหาการดูแลที่เชื่อว่าชุมชนช่วยเหลือได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักมักเป็นสมาชิกในครอบครัว (Fang, Liang, & Liang, 2023) ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่มีเวลาพักผ่อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล (กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์, 2565; ณิสาชล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู, 2564; มณีรัตน์ ชาวบล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2565) หากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักจึงต้องการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถดูแลได้ดีขึ้น (Mamom & Daovisan, 2022)

ทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของรัฐ พบว่ามีความคล้ายคลึงกันในด้านประเภทของทุนทางสังคมและบทบาทหน้าที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทเดิมของทุนทางสังคมจากการวิจัยครั้งนี้ที่การดำเนินงานแยกกัน ไม่ประสานงานกัน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาทั้งหมด ผ่านการสะท้อนของผู้ดูแลหลัก เช่น ปัญหาการดูแลที่เกิดจากสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวผู้สูงอายุ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมในการดำเนินงานร่วมกันจึงมีความสำคัญที่ทุกภาคส่วนของชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้สภาพปัญหา ผ่านการตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผลการดำเนินงานของชุมชนร่วมกัน (Cohen & Uphoff, 1980) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนจากชุมชน มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เริงชาติ ศรีขจรวงศ์, สัญญา เคณาภูมิ, และภักดี โพธิ์สิงห์, 2566) ยิ่งมีการช่วยเหลือพึ่งพากันในชุมชนมาก ความถี่ของความต้องการการดูแลระยะยาวจะน้อยลง (Matsuura, Hatono, & Saito, 2023) และการมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, และวิไลพร คลีกร, 2565; วัฒนา จันทร์เปรม, มยุรี บุญทัด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, และไพศาล ขุนวิเศษ, 2566; สุริยา ฟองเกิด, พรรณปพร ลีวิโรจน์, และทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, 2565; Brouwers, Broekharst, de Boer, Groen, & Verbeek, 2023) การทำงานเป็นทีมแบบมีส่วนร่วมนี้ทำให้บทบาทเดิมของแต่ละทุนทางสังคมถูกปรับในทิศทางที่หนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัยครั้งนี้ทั้ง 6 ขั้นตอน เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) พบความแตกต่างกันในกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน กล่าวคือ ในขณะที่รูปแบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีขั้นตอนในการคัดกรองและสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างแผนการดูแลรายบุคคล และนำเสนอแผนการดูแลต่อคณะอนุกรรมการการดูแลระยะยาว เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะดำเนินการตามแผนการดูแลนั้น (ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565; ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565) ซึ่งพบว่า เมื่อมีการนำมาใช้ในพื้นที่วิจัยนี้มีการดำเนินงานแบบแยกส่วนกัน เมื่อเกิดปัญหาการดูแลที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพ เช่น ด้านเศรษฐกิจ การจัดการปัญหามักดำเนินการโดย CM ซึ่งเกินขีดความสามารถของ CM หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แม้จะมี

การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่หากหน่วยงานที่รับประสานขาดความเข้าใจปัญหาและสาเหตุแวดล้อม ปัญหาอาจได้รับการบรรเทาเพียงชั่วคราวที่ไม่ยั่งยืน การสร้างรูปแบบหรือขั้นตอนการดำเนินการที่เกิดจากการร่วมกันสร้างของทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้จะเกิดการรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หนุนเสริมกันในกรณีที่แต่ละทุนทางสังคมไม่สามารถจัดการได้ทั้งหมด หรือแสวงหาทุนทางสังคมอื่นที่อาจมีอยู่ในชุมชนหรือเป็นเครือข่ายที่เข้าถึงได้ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมสภาพปัญหาในทุกด้าน เช่น ด้านกายภาพ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายถึงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกเคลื่อนที่ ที่ให้การดูแลอย่างทันท่วงทีโดยนำปัญหาของชุมชนมารวมกัน ทำงานในลักษณะบูรณาการ และให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ (วัฒนา จันทร์เปรม และคณะ, 2566; สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ, 2565) การใช้ปัญหาการดูแลที่มาจากกระบวนการค้นหาและแบ่งปันข้อมูล สร้างเรื่องราว ค้นหาวิธีแก้ไข ตัดสินใจ และจัดสรรงานในรูปแบบที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง การประชุมทีมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Douglas et al., 2022) ซึ่งการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมเป็นปัจจัยประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (เกษม เที่ยงรอด, 2566; อมร สุวรรณชัยรบ, 2566)

เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชุมชนอื่นจากการศึกษาก่อนหน้า (เกษม เที่ยงรอด, 2566; ณิสาชล นาคกุล และปานดวงใจ เสนชู, 2564; ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565; ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565; อมร สุวรรณชัยรบ, 2566) พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาข้างต้นไม่ได้มีการกำหนดทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนระบบบริการดูแล เนื่องจากพื้นที่ชุมชนมักดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ที่ต้องรับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นเดียวกัน ซึ่งได้กำหนดรูปแบบและแนวทางในการจัดบริการดูแลแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น โดยส่วนใหญ่ชุมชนมักดำเนินการตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม แต่ละชุมชนไม่ได้ประสบความสำเร็จในการดำเนินการตามแนวทางกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากขาดการประสานเชื่อมโยงกันของทุนทางสังคม จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้นใหม่ โดยยังยึดโยงกับแนวทางเดิมเนื่องจากยังต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้าทั้งหมด พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือ มีการแสวงหาและกำหนดทุนทางสังคมที่มีอยู่ให้ได้มากที่สุดตามสภาพปัญหาและความต้องการที่พบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น ความใหม่ที่แตกต่างของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ คือ มีการแสวงหาทุนทางสังคมที่มีอยู่และแตกต่างจากพื้นที่ชุมชนอื่น เช่น บริษัทเอกชน วิทยาลัยพยาบาล ที่ไม่ได้มีอยู่ในทุกพื้นที่ชุมชนเข้ามาช่วยหนุนเสริมการดูแล เช่น พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลหลัก CG อสม. และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยผ่อนเบาระยะเวลาให้การดูแลของผู้ดูแลหลักลง ในส่วนองค์กรเอกชนจะเข้ามาหนุนเสริมการแก้ไขปัญหาข้อกำจัดด้านงบประมาณที่เป็นปัญหาทางด้านสวัสดิการสังคม ทั้งนี้ รูปแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดกระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงานใหม่ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทุนทางสังคมทั้งหมดตกลงร่วมกัน ทำให้มีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การพัฒนารูปแบบยังอยู่ในระยะการออกแบบเท่านั้น ยังไม่ได้มีการนำไปใช้จริง จึงไม่สามารถสะท้อนผลสำเร็จของการใช้รูปแบบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่วิจัยนี้ ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล การวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ก). *อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ และอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2566 ระดับจังหวัด เขต/อำเภอ ตำบล รวบรวมจากข้อมูลของกรมการปกครอง*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2523

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ข). *อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ และอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดสงขลา อำเภอหาดใหญ่/ต.น้ำน้อย*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2523

กรมอนามัย. (2566). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก https://planning.anamai.moph.go.th/web- upload/20xa4d80079fdd38ace9fb48a050e5b52e4/m_magazine/33359/4195/file_download/12538ddd9572ba1832e0dc44fb6e782b.pdf

กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(1), 1–16.

เกษม เที่ยงรอด. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, *8*(6), 252–264.

ณิสาชล นาคกุล, และปานดวงใจ เสนชู. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, *4*(2), 27–39.

นพวรรณ ดวงจันทร์, พรทิพย์ สินประเสริฐ, วิภาดา ตรงเที่ยง, อัศนี วันชัย, ชยุตรา สุทธิลักษณ์, และสุเมธ บรรเลงจิต. (2564). ภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และแนวทางการสร้างความแข็งแกร่งแก่ญาติผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *22*(1), 20–28.

ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, และวิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(1), 140–155.

มณีรัตน์ ชาวบล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *40*(3), 90–104.

ยุทธพล เดชารัตนชาติ, และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, *22*(3), 63–80.

เริงชาติ ศรีขจรวงศ์, สัญญา เคณาภูมิ, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2566). นวัตกรรมการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, *3*(3), 611–628.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจีน. (2565). *รายงานการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2565*. สงขลา: ผู้แต่ง.

วัฒนา จันทร์เปรม, มยุรี บุญทัด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, และไพศาล ขุนวิเศษ. (2566). การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, *6*(1), 14–34.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นจาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=201572&id=64007&reload=

สุรศักดิ์ ไชยสงค์, นวลจันทร์ แสนกอง, กฤษณี สระมุณี, ร่มตะวัน กาลพัฒน์, ขวัญดาว มาลาสาย, นพวรรณ ยุติพันธ์, ... มนเศรษฐ ภูวรกิจ. (2565). ผลตอบแทนทางสังคมของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *16*(1), 16–33.

สุริยา ฟองเกิด, พรรณปพร ลีวิโรจน์, และทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล. (2565). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *9*(3), 157–169.

อมร สุวรรณชัยรบ. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นผึ้ง ตำบลต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, *3*(6), 577–594. doi:10.60027/iarj.2023.272769

Brouwers, M., Broekharst, D. S. E., de Boer, B., Groen, W. G., & Verbeek, H. (2023). An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: A scoping review. *BMC Geriatrics*, *23*(1), 442. doi:10.1186/s12877-023-04158-9

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, *8*, 213–235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X

Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *Health Environments Research & Design Journal*, *9*(4), 16–25. doi:10.1177/1937586715614171

Douglas, N., Mays, N., Al-Haboubi, M., Manacorda, T., Thana, L., Wistow, G., & Durand, M. A. (2022). Observations of community-based multidisciplinary team meetings in health and social care for older people with long term conditions in England. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 758. doi:10.1186/s12913-022-07971-x

Eliopoulos, C. (2022). *Gerontological nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Fang, S., Liang, H., & Liang, Y. (2023). Typologies of dependency, household characteristics, and disparity in formal and informal care use: Analysis of community-dwelling long-term care insurance claimants in an urban municipality of China. *International Journal for Equity in Health*, *22*(1), 235. doi:10.1186/s12939-023-02048-5

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). Listening to caregivers' voices: The informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 567. doi:10.3390/ijerph19010567

Matsuura, H., Hatono, Y., & Saito, I. (2023). Preventive role of community-level social capital in the need for long-term care and impairment in instrumental activities of daily living: A multilevel analysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *28*, 15. doi:10.1265/ehpm.22-00126

Mauk, K. L. (2023). *Gerontological nursing: Competencies for care* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน*

Factors Related to COVID-19 Prevention Behaviors of Adult Clients at Outpatient Department in a Private Hospital*

กมลพัชร์ วรปาณิ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) [1]
Kamolpat Worapani, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) [1]
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, Ph.D. (Nursing) [2] ชุติมา มีชำนาญ, Ph.D. (Nursing) [3]
Wanchai Lertwatthanawilat, Ph.D. (Nursing) [2] Chutima Meechamnan, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: September 7, 2023 Revised: April 23, 2026 Accepted: April 29, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 351 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .75–.92 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kamolpat.wrpn@gmail.com

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

.83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง (M = 85.68, SD = 12.09, Med = 86, IQR = 19) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม และอิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .569, p < .001; r_s = .624, p < .001; r_s = .117, p < .01 และ r_s = .403, p < .001 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.393, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และช่วยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate COVID-19 prevention behaviors and factors related to COVID-19 prevention behaviors of adult clients. The sample consisted of 351 adult clients visiting the outpatient department in a private hospital. The research instruments included the personal information questionnaire, the factors related to COVID-19 prevention behaviors questionnaire with the reliabilities in the range of .75–.92, and the COVID-19 prevention behaviors questionnaire with a reliability of .83. Data were collected from December 2022 to February 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that adult clients had an overall mean score of COVID-19 prevention behaviors at a high level (M = 85.68, SD = 12.09, Med = 86, IQR = 19). Perceived benefit of action, perceived self-efficacy, activity-related affect for practice, and interpersonal influence were positively statistically significantly related to COVID-19 prevention behaviors of adult clients (r_s = .569, p < .001; r_s = .624, p < .001; r_s = .117,

$p < .01$; and $r_s = .403$, $p < .001$, respectively). In contrast, perceived barriers to action was negatively statistically significantly related to COVID-19 prevention behaviors of adult clients ($r_s = -.393$, $p < .001$).

This research suggests that nurse executives should encourage the clients to perceive the benefit of COVID-19 prevention behaviors, provide positive activity-related affect for practice, and promote confidence in the practice. This will help increase proper COVID-19 prevention behaviors of clients.

Keywords: Pender's Health Promotion Model, Prevention behaviors, COVID-19, Outpatient department, Private hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง (pandemic) ในหลายประเทศทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2021a) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 767,364,883 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 6,938,353 ราย (WHO, 2023) และประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสมในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 4,738,988 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 34,053 ราย (กรมควบคุมโรค, 2566ก) โดยกรุงเทพมหานครพบผู้ป่วยสะสม 988,898 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 8,526 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.86 (กรมควบคุมโรค, 2566ข) นับเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยติดเชื้อและมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ในประเทศไทย แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะลดความรุนแรงลง แต่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกลายพันธุ์ เช่น ในปี พ.ศ. 2564 พบเชื้อกลายพันธุ์ใหม่ คือ Omicron (BA.1, BA.1.1 และ BA.2) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำได้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อมาก่อน หรือผู้ที่ได้รับวัคซีนครบจำนวน เนื่องจากสายพันธุ์ดังกล่าวมีการต่อต้านประสิทธิภาพของวัคซีน (WHO, 2021b)

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบการติดเชื้อมากที่สุด ดังข้อมูลของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ช่วงอายุ 20–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ช่วงอายุ 30–39 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.20 และช่วงอายุ 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.70 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งเป็นประชากรในช่วงวัยทำงานทั้งสิ้น โดยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลหลายด้าน ด้านร่างกายส่งผลให้การทำงานในระบบต่าง ๆ ผิดปกติ จนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต หรือเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะที่เกิดขึ้น เรียกว่า "Long COVID" ส่งผลให้ร่างกายมีการเจ็บป่วยในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง (National Institutes of Health, 2021) อาการส่วนใหญ่ที่พบ คือ ไอเรื้อรัง หายใจลำบากเรื้อรัง ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 50 โดยอาจพบอาการนาน 6 เดือน จนถึง 1 ปี หรือมากกว่า (WHO, 2020) ด้านจิตใจพบว่าในผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 71.30 มีความกังวล และร้อยละ 8.90 มีความกลัวภายหลังการติดเชื้อ (Dawra et al., 2021) มีภาวะเครียดสูงถึงร้อยละ 92 และผู้ป่วยร้อยละ 41.80 ระบุว่ามีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น

(Khatatbeh, Khasawneh, Hussein, Altahat, & Alhalaiqa, 2021) ในขณะเดียวกันพบว่ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 5.20 และมีการทำร้ายตนเองร้อยละ 2.60 (Gadermann et al., 2021) ส่วนด้านหน้าที่การงาน มีการตกงานในช่วงที่มีการล็อกดาวน์ ร้อยละ 28.80 โดยอาชีพที่ได้รับผลกระทบมาก ได้แก่ ลูกจ้างรายวัน ผู้ประกอบการร้านค้าขนาดเล็ก และพนักงานบริษัทเอกชน นอกจากนี้การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่ต้องรองรับผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมาก ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนเป็นหนึ่งในสถานพยาบาลที่รองรับผู้ป่วยตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model) อธิบายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของแนวคิดหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความคิดและความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม ความต้องการและความชื่นชอบอื่นที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรม อันประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ (Pender, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหลายบริบท เช่น การศึกษาในพนักงานออฟฟิศชาย อายุ 20–40 ปี ในประเทศเกาหลี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Seo & Kim, 2021) การศึกษาในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรค (Pouresmali et al., 2022) การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศอิหร่าน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความมุ่งมั่นในการควบคุมโรค (Kamran, Azadbakht, Sharifirad, Mahaki, & Mohebi, 2015) และการศึกษาในประชาชนจังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากผ้า (สมบูรณ์ ขอสกุล, 2564) ดังนั้น ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยข้างต้น อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมได้

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันยังคงมีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ยังพบการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เหมาะสม เช่น การสวมหน้ากากอนามัยที่มีจำนวนลดลงอย่างมาก พบเพียงร้อยละ 19 (Aschwanden et al., 2021) ส่วนการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้รับบริการมีการสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 24.50 โดยพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ มีการสัมผัสบริเวณด้านหน้าของหน้ากากอนามัยบ่อย ๆ ร้อยละ 62.50 สวมหน้ากากอนามัยแบบหลวม ๆ ร้อยละ 42.70 สวมหน้ากากอนามัยโดยไม่ปิดจมูก ปาก และใบหน้าด้านข้าง ร้อยละ 41.30 และถอดหน้ากากอนามัยระหว่างสื่อสารกับแพทย์ ร้อยละ 26.50 (Das, Chattopadhyay, Paul, Bandyopadhyay, & Bhattacharyya, 2022) และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการสังเกตพฤติกรรมของประชาชน

พบว่ามีการไอใส่มือและไม่ได้ทำความสะอาดมือในทันที ร้อยละ 86.20 และไม่ปิดปากเวลาไอหรือจาม ร้อยละ 11.40 (Wolff, 2020) นอกจากนี้กลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่เสมอ เช่น การสังสรรค์กับผู้ร่วมงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน จนนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สำหรับกลุ่มผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น ถือเป็นผู้รับบริการกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) และเป็นกลุ่มที่มีความคาดหวังต่อการบริการและความปลอดภัยที่สูง ยิ่งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งทำให้เกิดความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น มีความเป็นอิสระในการเดินทาง เมื่อรับการรักษาเสร็จแล้วไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงถือเป็นความเสี่ยงที่ควบคุมได้ยาก หากผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกเหล่านี้มีการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย อาจนำพาเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่บุคคลรอบข้างได้ โรงพยาบาลจึงต้องมีความเข้มงวดในการคัดกรองผู้ที่เข้ารับบริการ และค้นหาแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อการดูแลป้องกันทั้งผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้รับบริการรายอื่น และบุคลากรในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน พบการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในส่วนแนวคิดหลักด้านความคิดและความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรม มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างมาตรฐานการบริการและความปลอดภัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อแก่ผู้ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน
2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวมีแนวคิดว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น เป็นผลจากอิทธิพลของแนวคิดหลักด้านความคิดและความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยแนวคิดหลักด้านความคิดและความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ อันประกอบด้วย การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ และสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก 2) อายุ 18–59 ปี 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 302 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 362 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความตั้งใจที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มกระตุ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยวชิรา โพธิ์ใส และคณะ (Posai et al., 2021) จำนวน 4 ปัจจัย และผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 ปัจจัย รวมจำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวน 13 ข้อ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 14 ข้อ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 12 ข้อ และอิทธิพลจากสถานการณ์ จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวน 68 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนในแต่ละปัจจัย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ ในระดับปานกลาง และในระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยจีราพร ปูรียา (2566) ประกอบด้วย การเว้นระยะห่างทางสังคม จำนวน 11 ข้อ การสวมหน้ากากอนามัย จำนวน 13 ข้อ การทำความสะอาดมือ จำนวน 8 ข้อ และสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 33 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ (0–35 คะแนน) ในระดับปานกลาง (36–71 คะแนน) และในระดับสูง (72–108 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีหรือด้านพฤติกรรมศาสตร์ อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันฯ (มี 6 ค่า) อยู่ในช่วง .88–1.00 และของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ .96 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันฯ (มี 6 ค่า) อยู่ในช่วง .75–.92 และของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 130/2565 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอต่อประธานกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลเอกชน เข้าพบหัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอผู้ประสานงานในแต่ละแผนก จากนั้นผู้วิจัยและผู้ประสานงานในแต่ละแผนกพบกลุ่มตัวอย่างในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนั่งรอรับการตรวจรักษาโรคหรือรอรับบริการอื่นๆ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถามพร้อมซอง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยให้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อตอบเสร็จให้ใส่ในซอง ปิดผนึก และส่งคืนผู้วิจัยหรือผู้ประสานงาน ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 96.96

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.39 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.92 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.07 ปี (SD = 11.06) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 80.06 มีอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 62.39 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.92 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 69.80 ทั้งหมดมีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มกระตุ้น คิดเป็นร้อยละ 86.32

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง (M = 31.46, SD = 3.59, Med = 32, IQR = 7) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง (M = 16.46, SD = 3.55, Med = 17, IQR = 4) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง (M = 42.03, SD = 5.19, Med = 41, IQR = 8) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง (M = 43.21, SD = 4.35, Med = 42, IQR = 6) มีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับสูง (M = 37, SD = 4.81, Med = 36, IQR = 6) และมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลจากสถานการณ์ในระดับสูง (M = 43.05, SD = 5.82, Med = 42, IQR = 7)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง (M = 85.68, SD = 12.09, Med = 86, IQR = 19) เมื่อจำแนกเป็นรายพฤติกรรม พบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง 2 กิจกรรม คือ การสวมหน้ากากอนามัย (M = 33.38, SD = 3.68, Med = 34, IQR = 4) และการทำความสะอาดมือ (M = 18.63, SD = 4.05, Med = 19, IQR = 6) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง 2 กิจกรรม คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม (M = 24.52, SD = 5.34, Med = 24, IQR = 8) และสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม (M = 9.14, SD = 1.57, Med = 9, IQR = 2)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม และอิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .569, p < .001; r_s = .624, p < .001; r_s = .117, p < .01 และ r_s = .403, p < .001 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.393, p < .001) แต่อิทธิพลจากสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ (n = 351)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	r_s	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	.569	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	-.393	< .001
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.624	< .001
ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม	.117	.004
อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.403	< .001
อิทธิพลจากสถานการณ์	-.022	.842

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายพฤติกรรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง 2 กิจกรรม คือ การสวมหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 69.80) และบางส่วนมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้

เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความกลัวที่จะมีการติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยซ้ำ ประกอบกับการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้คนพลุกพล่าน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่อาจมีการสะสมของเชื้อโรค กลุ่มตัวอย่างจึงมีการสวมหน้ากากอนามัยและทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชวรัตน์ (2563) ที่พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อป่วยในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของสาโรจน์ นาคจู (2564) ที่พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง 2 กิจกรรม คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม ในส่วนการเว้นระยะห่างทางสังคมอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการพื้นที่ได้อย่างสะดวกและเอื้อต่อการเว้นระยะห่าง มีการติดสัญลักษณ์การเว้นระยะห่างทั่วโรงพยาบาล รวมถึงภายในลิฟต์โดยสาร ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsing et al. (2021) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ฮ่องกง (จีน) และไต้หวัน ส่วนใหญ่มีการเว้นระยะห่างทางสังคมและหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย สำหรับสุขอนามัยเมื่อมีอาการไอและจาม สาเหตุที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลางอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เตรียมทิชชูไว้สำหรับใช้ในช่วงที่มีอาการไอหรือจาม หรือทางโรงพยาบาลมีการจัดวางถังขยะที่มีฝาปิดไว้ไม่ครบทุกจุดบริการ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านของ Firouzbakht, Omidvar, Firouzbakht, and Asadi-Amoli (2021) ที่พบว่า ประชาชนมีการปิดปากและจมูกขณะไอหรือจามร้อยละ 75.20 และทิ้งกระดาษทิชชูในถังขยะที่มีฝาปิดร้อยละ 69.70 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นของ Nakayama, Yonekura, Danya, and Hagiwara (2022) ที่พบว่า ประชาชนวัยผู้ใหญ่มีการใช้ทิชชูผ้าเช็ดหน้า หรือปลอกแขน ในการปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจามทุกครั้ง ร้อยละ 61.50

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้รับบริการตระหนักถึงผลดีหรือคุณค่าที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมควบคุมโรค ที่มีการเผยแพร่ความรู้ทางโซเชียลมีเดีย และทางการสื่อสารมวลชน เช่น โทรทัศน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังมีการติดโปสเตอร์ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคมขณะใช้ลิฟต์โดยสาร การล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกต้อง มีการแนะนำประโยชน์ของการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือที่ถูกต้อง อีกทั้งมีการฉายวีดิทัศน์ภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับประโยชน์ของการล้างมือ มีการจัดเสวนาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัติในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการสาธิตวิธีการเลือกหน้ากากอนามัยที่เหมาะสมกับตนเอง วิธีการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านของ Pouresmali et al. (2022) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีการใช้โซเชียลมีเดียเป็นประจำ การรับข้อมูลจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายและสะดวกมาก ประกอบกับได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลที่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางที่หลากหลาย อันเป็นการช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นสมรรถนะของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีของ Seo and Kim (2021) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานออฟฟิศชาย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป็นสภาวะความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผลของความรู้สึกนี้จะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้และได้เห็น เป็นกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ง่าย และการปฏิบัติทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Goudarzi, Barati, Bashirian, and Moeini (2020) ที่พบว่า การรับรู้ด้านความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 62.39) ซึ่งสังคมของการทำงานอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตัวอย่างเช่น การมีหัวหน้างานที่เข้มงวดในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน หรือการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทช่วยกระตุ้น และเปิดโอกาสให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องได้อย่างอิสระ อาจทำให้เกิดการยอมรับและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านของ Pouresmali et al. (2022) ที่พบว่า อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการรับรู้ถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่จะส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ โดยการรับรู้นี้จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และอาจส่งผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ไม่สะดวก และทำให้เสียเวลาทำงาน โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่า อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มากที่สุด คือ อุปสรรคจากการจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล ที่พบว่าเป็นไปได้ยาก และทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อีกทั้งการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาทำให้หายใจลำบากและอึดอัด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Posai et al. (2021) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อิทธิพลจากสถานการณ์เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือบริบทเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 69.80) และทั้งหมดมีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่า เมื่อตนเองได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแล้ว ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจะมีอัตราที่ต่ำหรือคิดว่าตนเองจะไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์ ขอสกุล (2564) ที่พบว่า การรับรู้ด้านอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และช่วยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชน

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) วันที่ 25 เมษายน 2564*. สืบค้นจาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/250464.pdf

กรมควบคุมโรค. (2566ก). *สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main

กรมควบคุมโรค. (2566ข). *สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ตามพื้นที่ รายสัปดาห์*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province

จีราพร ปูรียา. (2566). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, *21*(2), 29–39.

สมบูรณ์ ขอสกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *35*(2), 22–38.

สาโรจน์ นาคจู. (2564). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, *7*(3), 151–160.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สำนักงานสถิติฯ เผยผลสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/10-61/N24-10-61.pdf

Aschwanden, D., Strickhouser, J. E., Sesker, A. A., Lee, J. H., Luchetti, M., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2021). Preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: Associations with perceived behavioral control, attitudes, and subjective norm. *Frontiers in Public Health*, *9*, 662835. doi:10.3389/fpubh.2021.662835

Das, A., Chattopadhyay, B., Paul, B., Bandyopadhyay, L., & Bhattacharyya, M. (2022). COVID-appropriate facemask use: A study among patients attending outpatient departments of a Public Health Institute in West Bengal. *Journal of Education and Health Promotion*, *11*, 108. doi:10.4103/jehp.jehp_537_21

Dawra, S., Shrivastava, S., Chauhan, V. S., Asturkar, V., Ahmad, F., Kumar, A., … Hasnain, S. (2021). The psychological impact of COVID-19 among newly diagnosed patients: COVID Impact study. *Medical Journal Armed Forces India*, *77*(Suppl. 2), S333–S337. doi:10.1016/j.mjafi.2021.05.003

Firouzbakht, M., Omidvar, S., Firouzbakht, S., & Asadi-Amoli, A. (2021). COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey. *BMC Public Health*, *21*(1), 143. doi:10.1186/s12889-021-10201-4

Gadermann, A. C., Thomson, K. C., Richardson, C. G., Gagné, M., McAuliffe, C., Hirani, S., & Jenkins, E. (2021). Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: Findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open*, *11*(1), e042871. doi:10.1136/bmjopen-2020-042871

Goudarzi, H., Barati, M., Bashirian, S., & Moeini, B. (2020). Determinants of medication adherence among hypertensive patients using the Pender's health promotion model. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*, 89. doi:10.4103/jehp.jehp_687_19

Hsing, J. C., Ma, J., Barrero-Castillero, A., Jani, S. G., Pulendran, U. P., Lin, B. J., … Wang, C. J. (2021). Influence of health beliefs on adherence to COVID-19 preventative practices: International, social media-based survey study. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(2), e23720. doi:10.2196/23720

Kamran, A., Azadbakht, L., Sharifirad, G., Mahaki, B., & Mohebi, S. (2015). The relationship between blood pressure and the structures of Pender's health promotion model in rural hypertensive patients. *Journal of Education and Health Promotion*, *4*, 29. doi:10.4103/2277-9531.154124

Khatatbeh, M., Khasawneh, A., Hussein, H., Altahat, O., & Alhalaiqa, F. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic among the general population in Jordan. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 618993. doi:10.3389/fpsyt.2021.618993

Nakayama, K., Yonekura, Y., Danya, H., & Hagiwara, K. (2022). COVID-19 preventive behaviors and health literacy, information evaluation, and decision-making skills in Japanese adults: Cross-sectional survey study. *JMIR Formative Research*, *6*(1), e34966. doi:10.2196/34966

National Institutes of Health. (2021). *NIH Launches new initiative to study "Long COVID"*. Retrieved from https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are/nih-director/statements/nih-launches-new-initiative-study-long-covid

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Posai, V., Suksatan, W., Choompunuch, B., Koontalay, A., Ounprasertsuk, J., & Sadang, J. M. (2021). Assessment of the health-promoting behaviors of hospitalized patients with non-communicable diseases during the second wave of COVID-19. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *14*, 2185–2194. doi:10.2147/JMDH.S329344

Pouresmali, A., Dargahi, S., Alizadehgoradel, J., Kamran, A., Fathi, D., & Molaei, B. (2022). Self-care behavior prevention of COVID-19 in the general population based on Pender Health Promotion Model: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, *5*(6), e894. doi:10.1002/hsr2.894

Seo, J. H., & Kim, H. K. (2021). Factors affecting the health promoting behaviors of office male workers during the COVID-19 pandemic: Using Pender's health promotion model. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, *27*(4), 412–422. doi:10.5977/jkasne.2021.27.4.412

Wolff, R. J. (2020). *No cover-up here: A descriptive study of observations of coughing on hands and the lack of proper respiratory hygiene behaviors or cough etiquette. COVID-19 update*. Retrieved from https://europepmc.org/api/fulltextRepo?pprId=PPR249559&type=FILE&fileName=EMS107974-pdf.pdf&mimeType=application/pdf&version=3

World Health Organization. (2020). *Episode #19 - COVID-19- Prolonged symptoms after COVID-19*. Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-19---covid-19---prolonged-symptoms-after-covid--19

World Health Organization. (2021a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

World Health Organization. (2021b). *Update on Omicron*. Retrieved from https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron

World Health Organization. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard as of 31 May 2023*. Retrieved from https://covid19.who.int/

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

รายงานการวิจัย

ความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง: บทบาทการเป็นตัวแปรสื่อของทุนทางจิตวิทยา*

Work Engagement, Work-Family Enrichment, and Innovative Work Behavior of Professional Nurses at the Public Hospital: The Mediator Role of Psychological Capital*

นภสร ผ่องผล, วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) [1]

Napasorn Phongphol, M.S. (Industrial and Organizational Psychology) [1]

ทิพทินนา สมุทรานนท์, Ph.D. (Development Administration) [2]

Thipthinna Smuthranond, Ph.D. (Development Administration) [2]

Received: June 3, 2024 Revised: May 6, 2026 Accepted: May 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 246 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยา มีค่าความเชื่อมั่น .94 และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม มีค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บรวบรวมข้อมูล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

* Master's Thesis of Science Program in Industrial and Organizational Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

[1] Master, Program in Industrial and Organizational Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nnapasornp@gmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: อาจารย์ที่ปรึกษา

[2] Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University: Advisor

ในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมใช้วิธี bootstrapping

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (c'= .094, $p < .05$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อบางส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (a*b = .446, $p < .05$) และ 2) การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (a*b = .349, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันในงานและการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม

คำสำคัญ: ความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว ทุนทางจิตวิทยา พฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This descriptive research aimed to study factors directly and indirectly affecting the innovative work behavior of professional nurses through psychological capital. The sample were 246 professional nurses at the public hospital. The research instruments included a personal data questionnaire, a work engagement questionnaire with a reliability of .94, a work-family enrichment questionnaire with a reliability of .94, a psychological capital questionnaire with a reliability of .94, and an innovative work behavior with a reliability of .95. Data were collected from October to November 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation. For the analysis of direct and indirect effects, the bootstrapping method was used.

The research results revealed that 1) work engagement had a statistically significant direct effect on innovative work behavior of professional nurses (c'= .094, $p < .05$), and it had a statistically significant indirect effect on innovative work behavior of professional nurses through psychological capital as a partial mediator (a*b = .446, $p < .05$); and 2) work-family enrichment had no direct effect on innovative work behavior of professional nurses, but it had a statistically significant indirect effect on innovative work behavior

of professional nurses through psychological capital as a full mediator (a*b = .349, $p < .05$).

This research suggests that nurse executives should promote professional nurses to perform more work engagement and work-family enrichment as well as enhance psychological capital. This will help increase the innovative work behavior of professional nurses.

Keywords: Work engagement, Work-family enrichment, Psychological capital, Innovative work behavior, Professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (emerging infectious diseases [EID]) เกิดขึ้นทั่วทุกมุมโลก เป็นปัญหาที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีผลกระทบต่อชีวิตของมนุษย์ในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โรงพยาบาลจึงต้องมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อพร้อมในการเฝ้าระวังการระบาดของโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและทันสถานการณ์ (สมพร สังข์แก้ว, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, และบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2563) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 [COVID-19]) เป็นหนึ่งในโรคติดต่ออุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจ (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์, 2564) การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลายเป็นภัยคุกคามไปทั่วโลก จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (จงกลณี ตุ้ยเจริญ, ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก, 2563) ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ที่ไม่ปกติ จึงมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ และความรู้หรือสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ (ศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวการณ์การติดเชื้อ COVID-19 กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 เป็นปีที่พยาบาลวิชาชีพได้เผชิญกับปัญหาสุขภาวะที่ท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นอย่างมากจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้สังคมมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น (สุทธีพร มูลศาสตร์, 2563)

กระแสโลกาภิวัตน์เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความรู้และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการแพทย์สามารถทำได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์สูงขึ้น เป็นแรงกดดันให้รูปแบบการบริการของพยาบาลต้องพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย นอกจากนี้การตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขององค์การภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้องค์การพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นความท้าทายที่องค์การพยาบาลต้องปรับตัว และจำเป็นต้องแข่งขันด้วยความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ความรู้ความคิดสร้างสรรค์จากทักษะ ประสบการณ์ทางเทคโนโลยีและการจัดการ มาพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่ที่สามารถสร้างความสำเร็จหรือส่งผลกระทบเชิงบวกต่อองค์การ (สุรเดช จองวรรณศิริ, 2562) ทั้งนี้ พฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม (innovative work behavior) ของบุคคลถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหลาย

องค์การในปัจจุบัน องค์การจึงจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจและส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (Jong & Hartog, 2010) ซึ่งตามแนวคิดของ Jong and Hartog (2008) กล่าวว่า พฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมเป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่มีจุดประสงค์ในการริเริ่มสร้างสรรค์กระบวนการใหม่ ๆ ของความคิด ผลิตภัณฑ์ หรือขั้นตอน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบทบาทในการทำงาน กลุ่ม หรือ องค์การ

ความยึดมั่นผูกพันในงาน (work engagement) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญมากต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม ตามแนวคิดของ Gallup (2017) ระบุว่า ความยึดมั่นผูกพันในงาน คือ การที่พนักงานมีส่วนร่วมและมีความกระตือรือร้นในงานและสถานที่ทำงานสูง รวมถึงเป็นผู้ขับเคลื่อนผลงานนวัตกรรม และองค์การให้ก้าวไปข้างหน้า โดยพลังและความมุ่งมั่นส่งผลให้บุคคลดึงศักยภาพที่ตนเองมีมาใช้ในการทำงาน ความมุ่งมั่นที่กระตือรือร้นเป็นส่วนช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในการทำงานหลัก นอกจากนี้การพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ การตอบสนองต่อโอกาสที่ไม่เหมือนใคร ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Bakker & Leiter, 2010) จากการศึกษาของยศวดี สิทธิเดช และชูชัย สมิทธิไกร (2560) พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานสามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมได้ เนื่องจากความยึดมั่นผูกพันในงานของบุคคลส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานและปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อตัวบุคคลในการพัฒนาขีดความสามารถของตน และส่งผลดีต่อองค์การในการพัฒนาต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

อีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม คือ การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว (work-family enrichment) ตามแนวคิดของ Gareis, Barnett, Ertel, and Berkman (2009) กล่าวว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวเป็นทรัพยากรและประสบการณ์ที่ได้รับจากบทบาทหนึ่ง ช่วยปรับปรุงผลการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตในอีกบทบาทหนึ่ง เป็นการส่งเสริมให้คนทำงานรับรู้ว่างานที่ทำมีคุณค่าและมีความหมายต่อองค์การและต่อครอบครัว (ศิชลสุกสี, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, และกุลวดี อภิชาตบุตร, 2563) จากการศึกษาของ Mishra, Bhatnagar, Gupta, and Wadsworth (2017) พบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม เนื่องจากการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวเป็นผลลัพธ์ที่มาจากความสำเร็จในบทบาทหน้าที่การทำงานและความต้องการของครอบครัวในการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกันและนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยการจัดการบทบาทในการทำงานและครอบครัวของบุคคลช่วยเพิ่มความสำคัญให้กับการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการถ่ายโอนทรัพยากรเชิงบวกจากบทบาทการทำงานไปยังครอบครัว และยังช่วยกระตุ้นให้พนักงานเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมอีกด้วย (Yasir & Majid, 2019)

ทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม ตามแนวคิดของ Luthans (2002) กล่าวว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นคุณลักษณะและทรัพยากรทางจิตวิทยาที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคลที่สามารถวัดพัฒนา และนำไปบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ โดยพื้นฐานโครงสร้างหลักของทุนทางจิตวิทยาประกอบด้วย การรู้คิดและสมรรถนะ ซึ่งแสดงถึงการประเมินสถานการณ์ในเชิงบวกและความน่าจะเป็นที่จะประสบความสำเร็จโดยอาศัยแรงจูงใจในความพยายามและความขยันหมั่นเพียร (Luthans, Youssef, & Avolio, 2007) จากการศึกษาของ Fath and Radikun (2019) พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การทำงานอย่างมีนวัตกรรม เนื่องจากพนักงานมักเผชิญกับแรงกดดัน ความท้าทาย ความต้องการภายในองค์การ และความเครียดในงาน เพื่อให้สามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้กับองค์การพร้อมกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ไปพร้อมกัน เมื่อพนักงานเผชิญกับความท้าทายดังกล่าว ทุนทางจิตวิทยาจะมีบทบาทเป็นทรัพยากรทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ช่วยลดความเครียดในงานและช่วยให้สามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้กับองค์การได้ และการศึกษาของ Mishra et al. (2017) พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวกับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยบุคคลที่เผชิญกับความล้มเหลวในที่ทำงานและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มักฟื้นฟูตนเองได้ดีและสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคคลที่เผชิญวิกฤตในชีวิตครอบครัวและมีประสบการณ์การทำงานที่ดี อาจได้รับความเข้มแข็งจากความสำเร็จในชีวิตการทำงาน จึงไม่โทษตนเอง แต่มองว่าปัจจัยภายนอกเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตครอบครัวล้มเหลว ซึ่งการที่บุคคลมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้นทำให้บุคคลมีศักยภาพในการเอาชนะความเครียด ความกดดันจากการทำงาน และถือเป็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง เนื่องจากนวัตกรรมทางการพยาบาลมีการพัฒนาอยู่เสมอ ส่งผลให้รูปแบบการบริการของพยาบาลต้องพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพจึงถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในด้านการบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นอย่างมาก เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ และมีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการด้วยวิธีการหรือเทคนิคที่ช่วยให้การบริการทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โดยใช้ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการให้ข้อเสนอแนะกับโรงพยาบาลในการส่งเสริมและพัฒนาความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว ทุนทางจิตวิทยา และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมให้กับงาน กลุ่ม และองค์การต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ

สมมติฐานการวิจัย

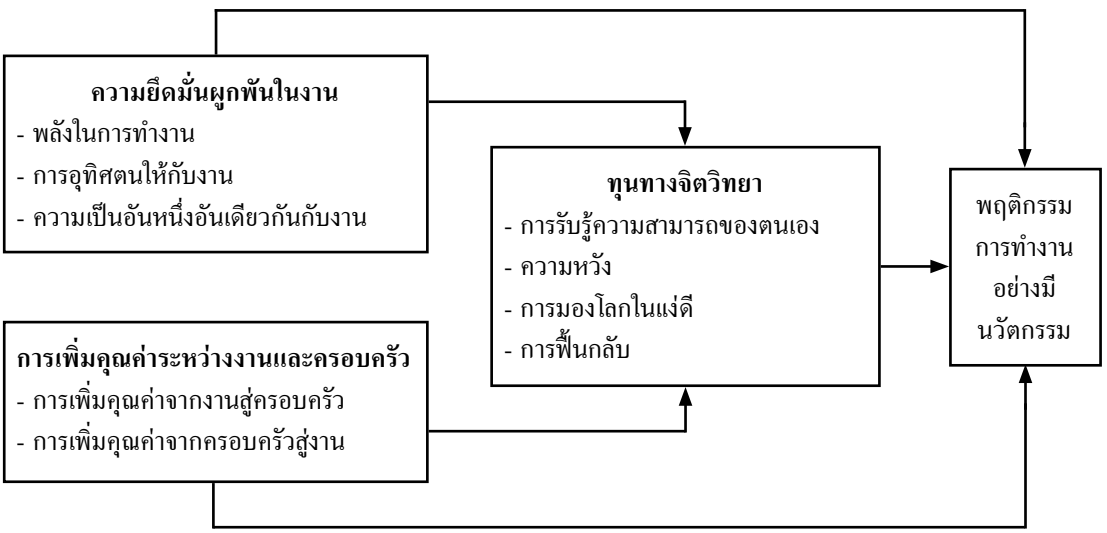
1. ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ

2. การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม ได้แก่ 1) ความยึดมั่นผูกพันในงาน คือ สภาวะจิตใจเชิงบวกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

การที่บุคคลมีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการอุทิศตนให้กับงาน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน และเป็นผู้ขับเคลื่อนให้องค์การก้าวไปข้างหน้า ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาตามแนวคิดของ Schaufeli and Bakker (2004) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พลังในการทำงาน การอุทิศตนให้กับงาน และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน 2) การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว คือ ขอบเขตของการมีส่วนร่วม การถ่ายโอนทักษะ พฤติกรรม ค่านิยม ประสบการณ์ และโอกาสที่ได้รับหรือพัฒนาในเชิงบวกจากบทบาทหนึ่งที่จะช่วยปรับปรุงส่งเสริมให้ผลการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตในอีกบทบาทหนึ่งมีคุณภาพที่ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาตามแนวคิดของ Carlson, Kacmar, Wayne, and Grzywacz (2006) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานสู่ครอบครัว และการเพิ่มคุณค่าระหว่างครอบครัวสู่งาน และ 3) ทุนทางจิตวิทยา คือ สภาวะทางจิตวิทยาเชิงบวก คุณลักษณะ และศักยภาพภายในของแต่ละบุคคลที่สามารถวัด พัฒนา และนำไปบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ สามารถรับมือกับสถานการณ์และงานในชีวิตเพื่อให้ประสบความสำเร็จในภารกิจที่ท้าทาย ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาตามแนวคิดของ Luthans et al. (2007) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการฟื้นกลับ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 642 คน (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2565) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1967 อ้างถึงในอภิญญา หิรัญวงษ์, 2562) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hair Jr. et al. (2021) ที่เสนอว่า ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในแบบจำลองเส้นทาง (path model) ควรมีอย่างน้อย 10 เท่าของตัวแปรแฝง เพื่อให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละแผนก และใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Schaufeli and Bakker (2004) ประกอบด้วย 1) พลังในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ 2) การอุทิศตนให้กับงาน จำนวน 6 ข้อ และ 3) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความยึดมั่นผูกพันในงานในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Carlson et al. (2006) ประกอบด้วย 1) การเพิ่มคุณค่าจากงานสู่ครอบครัว จำนวน 9 ข้อ และ 2) การเพิ่มคุณค่าจากครอบครัวสู่งาน จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยา ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Luthans et al. (2007) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 7 ข้อ 2) ความหวัง จำนวน 8 ข้อ 3) การมองโลกในแง่ดี จำนวน 10 ข้อ และ 4) การฟื้นกลับ จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 38 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทุนทางจิตวิทยาในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงาน

อย่างมีนวัตกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อวัดผลในภาพรวมของตัวแปร จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน แบบสอบถามการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว แบบสอบถามทุนทางจิตวิทยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ (2 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94, .94, .94 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ COE66/077 วันที่ 3 สิงหาคม 2566) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ COA068/66 วันที่ 28 กันยายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ประสานงานกับฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าแผนก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ พร้อมเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเอกสารแสดงความยินยอม เพื่อมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 3 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนจากฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และทุนทางจิตวิทยา กับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของความยึดมั่นผูกพันในงาน และการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ วิเคราะห์ด้วยวิธี bootstrapping ผ่านโปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.50 มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 11.07) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 95.50 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 55.30 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.60 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15 ปี (*SD* = 11.27) และมีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.60 โดยมีรายได้เฉลี่ย 36,148.27 บาทต่อเดือน (*SD* = 14,592.69)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และทุนทางจิตวิทยา กับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และทุนทางจิตวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .549, $p < .001$; r = .455, $p < .001$ และ r = .810, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันในงาน การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว และทุนทางจิตวิทยา กับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ (n = 246)

ตัวแปร	พฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม	
	r	*p*
ความยึดมั่นผูกพันในงาน	.549	< .001
การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว	.455	< .001
ทุนทางจิตวิทยา	.810	< .001

3. อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของความยึดมั่นผูกพันในงานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อได้ร้อยละ 30.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .301$, $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .540 (c = .540) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงของความยึดมั่นผูกพันในงานต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ .094 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (c'= .094, $p < .05$) และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมของความยึดมั่นผูกพันในงานต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อเท่ากับ .446 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (a*b = .446, $p < .05$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมที่ได้จากวิธี bootstrapping ที่ 95% พบว่า ค่าช่วงความเชื่อมั่นไม่คร่อมศูนย์ (BootLLCI = .337 และ BootULCI = .545) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของความยึดมั่นผูกพันในงานต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ (n = 246)

ตัวแปร	a	b	c	c'	a*b
ความยึดมั่นผูกพันในงาน	.501 (p < .001)	.891 (p < .001)	.540 (p < .001)	.094 (p = .042)	.446

หมายเหตุ: R^2 = .301, BootLLCI = .337, BootULCI = .545, p < .05

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของความยึดมั่นผูกพันในงานต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ แสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อบางส่วน (partial mediation) เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมมีนัยสำคัญทางสถิติไปในทิศทางเดียวกัน (Hair Jr. et al., 2021)

4. อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ พบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อได้ร้อยละ 20.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .206, p < .001) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ .369 (c = .369) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ .019 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (c'= .019, p = .592) และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ เท่ากับ .349 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (a*b = .349, p < .05) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมที่ได้จากวิธี bootstrapping ที่ 95% พบว่า ค่าช่วงความเชื่อมั่นไม่คร่อมศูนย์ (BootLLCI = .261 และ BootULCI = .432) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ (n = 246)

ตัวแปร	a	b	c	c'	a*b
การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัว	.370 (p < .001)	.944 (p < .001)	.369 (p < .001)	.019 (p = .592)	.349

หมายเหตุ: R^2 = .206, BootLLCI = .261, BootULCI = .432, p < .05

จากตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ แสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อสมบูรณ์ (full mediation) เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อมมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Hair Jr. et al., 2021)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ จึงอุทิศตนให้กับงาน และมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับงาน แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะต้องทำหลายหน้าที่ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ก็เต็มใจที่จะทุ่มเทพลังกายพลังใจเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐแห่งนี้ (เป็นโรงพยาบาลดิจิทัลระดับประเทศที่มีศักยภาพ มีสมรรถนะสูง มีขีดความสามารถในการสร้าง พัฒนา และประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่ ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในเรื่ององค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์) สามารถนำองค์ความรู้ใหม่ไปประยุกต์ใช้ในการทำหัตถการทางการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น เช่น การได้รับรางวัลจากหัวหน้าแผนก หรือโรงพยาบาล จะทำให้พยาบาลวิชาชีพใช้ความรู้ความสามารถของตน พยายามรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ท้าทายในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และบรรลุเป้าหมายของตนเอง แผนก หรือโรงพยาบาล จึงทำให้ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อบางส่วน สอดคล้องกับที่ Bakker and Leiter (2010) กล่าวว่า บุคคลมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการปฏิบัติหน้าที่ มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความรู้สึกของการก้าวไปข้างหน้าเพื่อพัฒนาตนเอง ผู้ที่มีความยึดมั่นผูกพันในงานจะมีความกระตือรือร้นในงาน เต็มใจสร้างสรรค์สิ่งใหม่ พร้อมนำความรู้ ทักษะใหม่ ๆ มาสู่งานของตน เพื่อแก้ปัญหาในการทำงานและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการที่บุคคลมีส่วนร่วมในงาน เป็นส่วนหนึ่งกับการทำงาน จะนำตนเองเข้าสู่บทบาท ผ่านอารมณ์เชิงบวก รวมถึงทรัพยากรทางจิตวิทยาของตน ทำให้สามารถเผชิญกับความท้าทายในงาน มีกำลังใจและเส้นทางในการบรรลุเป้าหมายในการทำงาน (Sweetman & Luthans, 2010) สอดคล้องกับที่ Fredrickson (2004) กล่าวว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ยั่งยืน ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีในการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การคิดที่กว้างขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ ช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของยศวดี สิทธิเดช และชูชัย สมิทธิไกร (2560) และการศึกษาของ Yang, Zhou, Wang, Lin, and Luo (2019) ที่พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan, Lew, and Sim (2021) ที่พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางบวกต่อทุนทางจิตวิทยา และการศึกษาของ Fath and Radikun (2019) ที่พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม

ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ และการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อสมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีการถ่ายโอนทักษะ พฤติกรรม ค่านิยม ประสบการณ์จากบทบาทงานหรือบทบาทครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการเติมเต็มในชีวิตครอบครัวหรือการทำงาน รู้สึกถึงความสำเร็จและการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้หายจากโรค ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีอารมณ์ที่ดี มีความสุข มีกำลังใจ มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐแห่งนี้มีจำนวนไม่เพียงพอกับผู้ป่วย จึงทำให้ประสบปัญหาภาระงานล้นมือ ต้องปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน เกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียด พยาบาลวิชาชีพจึงต้องได้รับการจูงใจ โดยหน่วยงานมีการให้รางวัลกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดี ทำให้เกิดแรงจูงใจในการใช้ความรู้ความสามารถของตน พยายามรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรค สามารถรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคที่ท้าทายในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจของตนเองให้กลับสู่สภาวะปกติในการทำงานได้ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วย นำไปใช้ในชีวิตครอบครัว มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสำคัญ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว มีความมั่นใจในความรู้ ความสามารถของตน มีความพยายาม มีการคาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ท้าทาย มีการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ซึ่งพยาบาลวิชาชีพยังสามารถนำองค์ความรู้ใหม่ในเรื่องเทคโนโลยีทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการทำหัตถการทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับการดูแลรักษาผู้ป่วย และบรรลุเป้าหมายของตนเอง แผนก หรือโรงพยาบาล ส่งผลให้การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อสมบูรณ์ แต่การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับที่ Halbesleben, Neveu, Paustian-Underdahl, and Westman (2014) กล่าวว่า บุคคลให้คุณค่ากับทรัพยากรที่ได้มาแตกต่างกันไปในแต่ละบทบาท โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์และสถานการณ์ของตน เมื่อบุคคลเกิดความเครียด ความเหนื่อยหน่ายในงาน จะทำให้ผลการปฏิบัติงานลดลง ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่ได้รับการเติมเต็มจากงานหรือครอบครัว นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว ซึ่งหากบุคคลไม่มีการนำความรู้ ทักษะไปใช้ให้เกิดประโยชน์ จะทำให้ความคิดใหม่ การริเริ่มสิ่งใหม่ของบุคคลในองค์การลดลง โดย Ali, Li, and Qiu (2022) อธิบายว่า บุคคลที่ขาดความสมดุลระหว่างงานและชีวิตเนื่องจากปัญหาครอบครัวหรือภาระงานที่มากเกินไป มักรู้สึกเครียดและมีทัศนคติเชิงลบในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการใช้ความคิด การริเริ่มสิ่งใหม่ในการทำงาน ดังการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีความเครียดจากความขัดแย้งระหว่างบทบาทงานและครอบครัวมักละทิ้งพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม (Choi, Cundiff, Kim, & Akhatib, 2018) สอดคล้องกับที่ Fredrickson (2004) กล่าวว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ยั่งยืน ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีในการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การคิดที่กว้างขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ ช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในชีวิต นอกจากนี้ บุคคลที่ผ่านประสบการณ์เชิงบวกในด้านการทำงานหรือด้านครอบครัว มีความรู้สึก ความคิด การกระทำที่มาจาก

ทรัพยากรทางกายภาพ สติปัญญา สังคม และจิตวิทยา บุคคลจะรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น พร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น อีกทั้งทรัพยากรที่บุคคลมียังช่วยส่งเสริมการค้นพบการกระทำใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์เชื่อมโยงกับการทำงาน และเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในชีวิต สอดคล้องการศึกษาของ Mishra et al. (2017) ที่พบว่า การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสื่อ และการศึกษาของ Fath and Radikun (2019) ที่พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันในงานและการเพิ่มคุณค่าระหว่างงานและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาทุนทางจิตวิทยาแบบองค์รวม โดยการฝึกอบรมหรือจัดกิจกรรมในรูปแบบการจำลองสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้จริง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานอย่างมีนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้การควบคุมของตัวแปรอื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม (innovative leadership) ทัศนคติที่ส่งเสริมการทำนวัตกรรม (innovative mindset) ความหลงใหลในงาน (work passion) ความคล่องตัวในการเรียนรู้ (learning agility)

เอกสารอ้างอิง

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. (2564). *คู่มือการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำทางเดินหายใจ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

จงกลณี ตุ้ยเจริญ, ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก. (2563). การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, *4*(3), 1–20.

จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2557). การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมการบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(3), 9–17.

ยศวดี สิทธิเดช, และชูชัย สมิทธิไกร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มเอียงทางบวกและความไว้วางใจในองค์การกับความผาสุกและพฤติกรรมสร้างสรรค์นวัตกรรม: บทบาทการเป็นตัวแปรสื่อของความผูกพันต่องาน. ใน *เอกสารการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 12 ปีการศึกษา 2560* (น. 987–997). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต. สืบค้นจาก https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/rgrc/article/download/1117/871/

ศิชล สุกสี, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, และกุลวดี อภิชาตบุตร. (2563). การเพิ่มคุณค่าระหว่างงานกับครอบครัวและความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน. *พยาบาลสาร*, *47*(4), 336–346.

ศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการณ์การติดเชื้อ COVID-19 กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก https://www.don.go.th/?download=4673

สมพร สังข์แก้ว, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, และบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, *35*(3), 69–86.

สุทธีพร มูลศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *34*(1), 141–156.

สุรเดช จองวรรณศิริ. (2562). *การจัดการสู่องค์กรนวัตกรรม (innovative organization book of knowledge)*. สืบค้นจาก https://ifi.nia.or.th/wp-content/uploads/2020/09/Innovative-Organization-BOK_digital_08-2020.pdf

อภิญญา หิรัญวงษ์. (2562). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 01475511 (สถิติประยุกต์ทางจิตวิทยา)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Ali, H., Li, M., & Qiu, X. (2022). Employee engagement and innovative work behavior among Chinese millennials: Mediating and moderating role of work-life balance and psychological empowerment. *Frontiers in Psychology*, *13*, 942580. doi:10.3389/fpsyg.2022.942580

Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (Eds.). (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. London: Psychology Press.

Carlson, D. S., Kacmar, K. M., Wayne, J. H., & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, *68*(1), 131–164. doi:10.1016/j.jvb.2005.02.002

Choi, S. B., Cundiff, N., Kim, K., & Akhatib, S. N. (2018). The effect of work-family conflict and job insecurity on innovative behaviour of Korean workers: The mediating role of organisational commitment and job satisfaction. *International Journal of Innovation Management*, *22*(1), 1–29. doi:10.1142/S1363919618500032

Fath, N. M. D. E., & Radikun, T. B. S. (2019). Authentic leaders may increase employee innovation: The mediation effect of psychological capital. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, *229*, 940–953. doi:10.2991/iciap-18.2019.77

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *359*(1449), 1367–1378. doi:10.1098/rstb.2004.1512

Gallup. (2017). *State of the global workplace: Executive summary*. New York: Gallup Press.

Gareis, K. C., Barnett, R. C., Ertel, K. A., & Berkman, L. F. (2009). Work-family enrichment and conflict: Additive effects, buffering, or balance? *Journal of Marriage and Family*, *71*(3), 696–707. doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00627.x

Hair Jr., J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*. Cham, Switzerland: Springer.

Halbesleben, J. R. B., Neveu, J.-P., Paustian-Underdahl, S. C., & Westman, M. (2014). Getting to the "COR": Understanding the role of resources in Conservation of Resources Theory. *Journal of Management*, *40*(5), 1334–1364. doi:10.1177/0149206314527130

Jong, J. D., & Hartog, D. D. (2008). *Innovative work behaviour: Measurement and validation*. Zoetermeer, Netherlands: The Scientific Analysis of Entrepreneurship and SMEs.

Jong, J. D., & Hartog, D. D. (2010). Measuring innovative work behaviour. *Creativity and Innovation Management*, *19*(1), 23–36. doi:10.1111/j.1467-8691.2010.00547.x

Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, *23*, 695–706. doi:10.1002/job.165

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.

Mishra, P., Bhatnagar, J., Gupta, R., & Wadsworth, S. M. (2017). How work-family enrichment influence innovative work behavior: Role of psychological capital and supervisory support. *Journal of Management & Organization*, *25*(1), 58–80. doi:10.1017/jmo.2017.23

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). *Utrecht Work Engagement Scale (UWES) preliminary manual*. Utrecht University Press.

Sweetman, D., & Luthans, F. (2010). The power of positive psychology: Psychological capital and work engagement. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 54–68). London: Psychology Press.

Tan, K. L., Lew, T. Y., & Sim, A. K. S. (2021). Effect of work engagement on meaningful work and psychological capital: Perspectives from social workers in New Zealand. *Employee Relations: The International Journal*, *43*(3), 807–826. doi:10.1108/ER-11-2019-0433

Yang, K., Zhou, L., Wang, Z., Lin, C., & Luo, Z. (2019). Humble leadership and innovative behaviour among Chinese nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Nursing Management*, *27*(8), 1801–1808. doi:10.1111/jonm.12879

Yasir, M., & Majid, A. (2019). Boundary integration and innovative work behavior among nursing staff. *European Journal of Innovation Management*, *22*(1), 2–22. doi:10.1108/EJIM-02-2018-0035

ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด*

Effect of the Social Support Program on Fear of Childbirth among First-time Expectant Fathers during the First Stage of Labor of Their Wives*

ศิลป์ชัย ธะนะ, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [1]
Silchai Tana, M.N.S. (Midwifery) [1]
นันทพร แสนศิริพันธ์, พย.ด. (การพยาบาล) [2]
Nantaporn Sansiriphun, Ph.D. (Nursing) [2]
จิราวรรณ ดีเหลือ, วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก) [3]
Jirawan Deeluea, Ph.D. (Clinical Epidemiology) [3]

Received: April 6, 2024 Revised: May 4, 2026 Accepted: May 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา และมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา มีค่าความเชื่อมั่น .97 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[1] Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ammienurse_118@hotmail.co.th
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
[3] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.741$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการคลอดบุตร ระยะที่ 1 ของการคลอด การดูแลบิดาในระยะคลอดตามปกติ ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the social support program on fear of childbirth among first-time expectant fathers during the first stage of labor of their wives. The subjects were 44 first-time expectant fathers whose wives were in the first stage of labor at the labor unit, the Health Promotion Hospital, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai. They were equally divided into an experimental group (n = 22) and a control group (n = 22). The research instruments consisted of the social support program among first-time expectant fathers during the first stage of labor of their wives, an expectant father's personal data questionnaire, and the Fear Visual Analogue Scale with a reliability of .97. The implementation and data collection were conducted from March 2023 to February 2024. Data were analyzed by frequency, percentage, median, interquartile range, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean score of fear of childbirth than the control group ($t = 11.741$, $p < .001$).

This research suggests that nurse-midwives should apply this social support program to care for first-time expectant fathers during the first stage of labor of their wives. This will help reduce their fear of childbirth.

Keywords: Social support program, Fear of childbirth, First stage of labor, Routine care for father during childbirth, First-time expectant father

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นบิดา ถือว่าเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิตของผู้ชาย แม้ว่าผู้จะเป็นบิดาจะไม่ได้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์ แต่เมื่อภรรยาตั้งครรภ์จะส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับภรรยา (Bartlett, 2004) เมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะสืบพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ได้แก่ มดลูก ปากมดลูก และหนทางคลอด เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวโดยเฉพาะการหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายและการบางลงของปากมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อทำให้ทารกในครรภ์สามารถคลอดออกมาได้นั้นก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปริสัญญกุล, 2558) ส่งผลให้ภรรยามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของการคลอดบุตร ผู้จะเป็นบิดาที่เฝ้าคลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดของภรรยา ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของการคลอดนั้น ก่อให้เกิดความตึงเครียด และเกิดความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยา ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ผู้จะเป็นบิดาไม่เคยประสบมาก่อน (นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และเสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์, 2557; Labrague, 2013; Sansiriphun, 2009)

ความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดานอกจากจะเกิดจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับภรรยาขณะที่มีความก้าวหน้าของการคลอดแล้ว ยังเกิดจากการรับรู้และการคาดเดาว่าการคลอดอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ภรรยาและบุตร (Chalmers & Meyer, 1996) โดยผู้จะเป็นบิดาจะเกิดความรู้สึกกลัวว่าภรรยาจะไม่สามารถทนต่ออาการเจ็บครรภ์ในระยะรอคลอดและขณะคลอดได้ กลัวภรรยาไม่มีแรงเบ่งจนต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอด กลัวภรรยาหมดสติ และกลัวภรรยาเสียชีวิต ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุตร จะกังวลว่าบุตรไม่สมบูรณ์ มีความพิการ กลัวว่าบุตรจะเกิดการบาดเจ็บจากการคลอด และกลัวสมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ, 2557)

ความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดา ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปฏิบัติบทบาทในการเป็นบิดา ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายจะส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือและสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดและระยะหลังคลอดลดลง รวมถึงเกิดการรบกวนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้จะเป็นบิดาด้วย (Eriksson, Salander, & Hamberg, 2007) ยิ่งไปกว่านั้น ยังส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินนอร์อิพิเนฟริน และคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีเหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้า กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น หายใจเร็ว คลื่นไส้อาเจียน และปัสสาวะบ่อย ซึ่งอาการจะมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด (Sansiriphun, 2009; Stuart & Laraia, 2005) ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อผู้จะเป็นบิดาเกิดความรู้สึกกลัวการคลอดบุตร จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล กระสับกระส่าย และสมาธิในการทำงานลดลง (Eriksson et al., 2007) นอกจากนี้ความกลัวการคลอดบุตรยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดของบิดาด้วย (Greenhalgh, Slade, & Spiby, 2000) ส่วนผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทในการเป็นบิดา เมื่อเกิดความกลัวการคลอดบุตรจะส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือภรรยาของบิดาลดลง และเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่สามารถช่วยเหลือภรรยาในขณะเจ็บครรภ์ได้ (Hanson, Hunter, Bormann, & Sobo, 2009; Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen,

1998) ความกลัวการคลอดบุตรยังส่งผลให้บิดารู้สึกกลัวที่จะมีบุตรคนต่อไป (Eriksson et al., 2007) เมื่อผู้จะเป็นบิดาเกิดความกลัวการคลอดบุตรจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทของบิดาในการช่วยเหลือภรรยาลดลงได้ ทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนหรือดูแลภรรยาในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาในประเทศฟินแลนด์เกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาที่เฝ้าคลอดภรรยา จำนวน 137 ราย พบว่า บิดาจะรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกว่าตนเองไร้ซึ่งความสามารถ ไม่สามารถช่วยเหลือภรรยาได้ (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998) และการศึกษาที่พบว่า บิดามักเกิดความรู้สึกกลัวเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ภรรยากำลังเจ็บครรภ์คลอด และไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อภรรยาอยู่ในระยะคลอด (Dellmann, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรของบิดา ได้แก่ การเป็นบิดาครั้งแรก อายุ การเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับการเป็นบิดาครั้งแรก การศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าบิดาที่เคยมีบุตรมาก่อนถึง 1.80 เท่า เนื่องจากการที่ผู้จะเป็นบิดาขาดประสบการณ์ ทำให้ขาดความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด (Hildingsson, Johansson, Fenwick, Haines, & Rubertsson, 2014; White, 2007) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์จากการขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Sansiriphun, 2009) ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบการศึกษาที่หลากหลาย ยังสรุปไม่ได้แน่นอนว่าผู้จะเป็นบิดาอายุมากหรือน้อยที่เกิดความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตร ดังการศึกษาในประเทศสวีเดนที่พบว่าร้อยละ 99 ของผู้จะเป็นบิดาที่มีความกลัวการคลอดบุตรมีอายุอยู่ในช่วง 25–35 ปี (Hildingsson et al., 2014) ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาในประเทศสวีเดนของ Eriksson, Westman, and Hamberg (2006) เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตรในสตรีและคู่สมรส พบว่าความกลัวการคลอดบุตรจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้จะเป็นบิดา โดยผู้จะเป็นบิดาที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรงมีอายุมากกว่า 40 ปี และมีอายุมากกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับปานกลางและระดับต่ำ

การเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตรแก่ผู้จะเป็นบิดา โดยการจัดให้ผู้จะเป็นบิดาเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดร่วมกับภรรยา จากการศึกษาของนันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, จริยาพร ศรีสว่าง, ประทุม สร้อยวงค์, และรัชนีวรรณ จารุเลิศพงศ์ (2560) พบว่า การไม่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดา อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้จะเป็นบิดาที่เข้าร่วมโครงการเตรียมคลอด ดังการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ของ Premberg and Lundgren (2006) พบว่า การจัดให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเข้าร่วมโครงการเตรียมคลอดและให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอึดอัด และเลี่ยงที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว และการศึกษาในประเทศออสเตรเลียของ Friedewald, Fletcher, and Fairbairn (2005) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาต้องการให้มีการจัดโครงการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงกับบิดา เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร โดยต้องการที่จะแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มผู้จะเป็นบิดาด้วยกันเอง และไม่ต้องการให้ภรรยารับรู้ถึงความรู้สึกกลัวของตนที่เกิดขึ้น

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่

บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว และมีความตึงเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายในสังคม ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ (instrumental support) และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ (appraisal support) (House, 1981) เมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้จะเป็นบิดาจะเกิดความรู้สึกกลัว และมีความตึงเครียดเกิดขึ้น และต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง (นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดาชาวฟินแลนด์ ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาแสดงความรู้สึกว่าควรที่จะให้การสนับสนุน ดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้จะเป็นบิดาระหว่างการคลอดบุตรของภรรยาในขณะที่ตนเฝ้าคลอดอยู่ด้วย (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998)

การขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอของผู้จะเป็นบิดา ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยาเพิ่มขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Hanson et al. (2009) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรได้ และการศึกษาลักษณะทางจิตสังคมของสตรีมีครรภ์และคู่สมรสที่มีความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดในประเทศฟินแลนด์ พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดในระดับรุนแรงได้ (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmaki, 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาในบิดาที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยา พบว่า ความกลัวการคลอดบุตรเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ (Golubitsky, Weiniger, Sela, Mouadeb, & Freedman, 2024) นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาชาวไทยพบว่า การที่ผู้จะเป็นบิดาไม่ได้เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรเพิ่มขึ้นถึง 19 เท่า (นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ, 2560) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงอาจเป็นแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรในผู้จะเป็นบิดาในขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดจำนวนมาก แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์ ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก พบเพียงการศึกษาในกลุ่มสตรีที่สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรได้ ดังการศึกษาของนิตยา พรมกันทา (2559) เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งแผนการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการแก่ผู้คลอด พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลบวกของการสนับสนุนทางสังคม ดังการศึกษาของมาณี จันทร์โสภา, ฉวี เบาทรวง, และสุกัญญา ปริสัญญกุล (2555) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการ

สนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกจึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) มาเป็นแนวทาง เพื่อช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกในขณะที่ภรรยาอยู่ในระยะคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

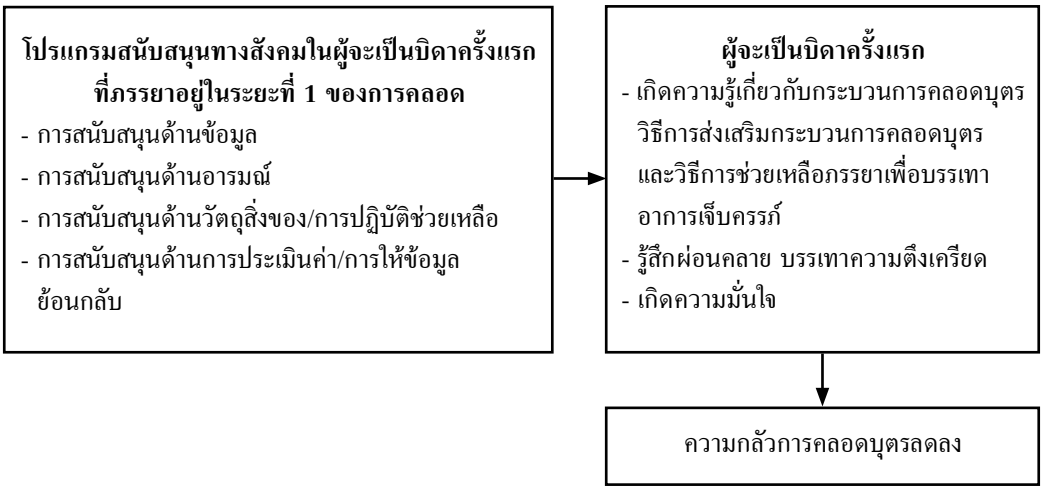
เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ดำเนินกิจกรรมในระยะรอคลอดบุตรของภรรยา โดยการให้การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดบุตร วิธีการส่งเสริมกระบวนการคลอดบุตร และวิธีการช่วยเหลือภรรยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดจากการขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรลดลง 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึกและรับฟังความรู้สึกอย่างตั้งใจ การใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ และการอยู่เป็นเพื่อน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและบรรเทาความกลัวการคลอดบุตรได้ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ โดยการจัดห้องพักผ่อนที่เป็นสัดส่วนพร้อมอาหารว่างและเครื่องดื่ม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาความตึงเครียด และลดความกลัวการคลอดบุตร และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้จะเป็นบิดาสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะคลอด รวมถึงการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของภรรยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความรู้ มีความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความมั่นใจ และความกลัวการคลอดบุตรลดลงได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ภรรยามีอายุครรภ์ 37–41^{+6} สัปดาห์ 3) ภรรยามีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร และรับไว้ในโรงพยาบาล 4) ภรรยาตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์ 5) เข้าร่วมโครงการเฝ้าคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และมาเฝ้าคลอดภรรยา 6) มีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา (Fear Visual Analogue Scale [Fear VAS]) 7) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ได้รับการดูแลตามแผนการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง 2) ภรรยามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และ 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการทดลองสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

การสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้

1.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้จะเป็นบิดาเมื่อภรรยาถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรอคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอดบุตร เหตุการณ์ที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการคลอดบุตร และวิธีการช่วยเหลือภรรยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยใช้เทคนิคการนวดและการกดจุดบริเวณกระดูกก้นกบในขณะที่มดลูกหดรัดตัว

1.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้จะเป็นบิดาได้พูดระบายความรู้สึกและรับฟังความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาอย่างตั้งใจ การใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยา โดยเป็นคำพูดที่แสดงถึงความจริงใจ เป็นถ้อยคำที่สุภาพนุ่มนวล และการอยู่เป็นเพื่อน

1.3 การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ โดยการจัดห้องพักผ่อนที่เป็นสัดส่วนแก่ผู้จะเป็นบิดา โดยเป็นห้องที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับห้องที่ภรรยานอนรอคลอด และเชิญชวนให้ผู้จะเป็นบิดามาพักผ่อนในห้องที่จัดไว้ มีอาหารว่างและเครื่องดื่มให้บริการ

1.4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้จะเป็นบิดาสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะคลอด รวมถึงการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของภรรยาได้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 มาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา (Fear VAS) ของ Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki, and Saisto (2009) มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดมีตัวเลข 0 กำกับอยู่ หมายถึง ไม่รู้สึกกลัว ส่วนปลายขวาสุดมีตัวเลข 10 กำกับอยู่ หมายถึง รู้สึกกลัวมากที่สุด โดยให้ผู้จะเป็นบิดาทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับระดับความรู้สึกกลัวการคลอดบุตร ผู้วิจัยวัดระยะห่างจากปลายซ้ายสุดถึงเครื่องหมายกากบาท หน่วยเป็นเซนติเมตร คะแนนอยู่ในช่วง 0–10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนหากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตร

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการสนับสนุนทางสังคม อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้คลอด และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้คลอด ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตาไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 011/2565 วันที่ 4 มีนาคม 2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 21/2565 วันที่ 29 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่บริเวณห้องรอคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด โดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น ความก้าวหน้าของการคลอดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงการใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด

3. เมื่อภรรยาของกลุ่มควบคุมเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 7–10 เซนติเมตร) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่บริเวณห้องรอคลอด ให้ตอบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 3 นาที

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่บริเวณห้องรอคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด ร่วมกับได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยในระยะแรกรับ (ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร) ดำเนินการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ ใช้เวลา 45–55 นาที จากนั้นในระยะรอคลอด (ปากมดลูกเปิด 3–7 เซนติเมตร) ดำเนินการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ทุกๆ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาครั้งละ 25–35 นาที หรือจนกว่ากลุ่มทดลองจะมีความพร้อมในการดูแลภรรยาต่อไป และในระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 7–10 เซนติเมตร) ดำเนินการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับในระยะรอคลอด และมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับภรรยา และสิ่งที่ต้องเผชิญเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ใช้เวลา 25–35 นาที หรือจนกว่ากลุ่มทดลองจะมีความพร้อมในการดูแลภรรยาต่อไป เมื่อกลุ่มทดลองรู้สึกผ่อนคลายและมีความพร้อม ผู้วิจัยให้ตอบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 3 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (ใช้ข้อมูลในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ ระหว่างดำเนินการวิจัย มีกลุ่มทดลองที่ภรรยาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากสาเหตุการคลอดล่าช้า 1 คน และมีกลุ่มควบคุมที่ภรรยาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากสาเหตุการคลอดล่าช้า 2 คน และจากสาเหตุการอ่อนล้า 1 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.73 โดยมีค่ามัธยฐานอายุ 28 ปี (IQR = 7) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีอาชีพลูกจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.50 โดยมีค่ามัธยฐานรายได้ 15,000 บาทต่อเดือน (IQR = 7,500) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีค่ามัธยฐานอายุ 28.50 ปี (IQR = 5) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีอาชีพลูกจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 72.70 โดยมีค่ามัธยฐานรายได้ 14,500 บาทต่อเดือน (IQR = 8,000) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จะเป็นบิดาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความกลัวการคลอดบุตรไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	min–max	Med	IQR	Mann-Whitney U test	
					Z	*p*
กลุ่มทดลอง	22	5.10–9.20	5.80	1.25	-.271	.787
กลุ่มควบคุม	22	5.00–10.00	5.85	2.20		

3. การเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.741$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง	22	2.13	1.42	11.741	< .001
กลุ่มควบคุม	22	7.54	1.62		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลผดุงครรภ์แบบหนึ่งต่อหนึ่งในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างต่อเนื่อง และตรงกับความต้องการของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก จึงช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรในผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล ความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดขึ้นจากการขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตร เนื่องจากไม่ทราบถึงกระบวนการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะคลอดบุตร (Johansson, Wells, & Thies-Lagergren, 2021) ส่งผลให้ขาดความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด (Hildingsson et al., 2014) ทำให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกต้องการที่จะได้รับข้อมูลจากบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมถึงข้อมูลและความรู้ในการให้การช่วยเหลือภรรยาในระยะคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ, 2557; Hanson et al., 2009) ดังนั้น เมื่อผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ประกอบด้วย กระบวนการคลอด เหตุการณ์ที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด การปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการคลอดบุตร และวิธีการช่วยเหลือภรรยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ทราบถึงเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในอนาคต สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการคลอดบุตร และช่วยบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ของภรรยาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกลดลงได้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง และบรรเทาความกลัวการคลอดบุตรลงได้ เนื่องจากเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอดจะเป็นช่วงที่ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และเกิดความกลัวการคลอดบุตร (Yagmur & Oltuluoglu, 2021) ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกจึงต้องการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีตัวตน และไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011) โดยแหล่งสนับสนุนมาจากพยาบาลผดุงครรภ์ (Moran, Bradshaw, Tuohy, & Noonan, 2021)

ทั้งนี้ ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกมักเกิดความรู้สึกว่า แม้ว่าตนจะได้รับการต้อนรับจากพยาบาลผดุงครรภ์ แต่ก็ยังเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีตัวตน (Huusko, Sjöberg, Ekström, Hertfelt Wahn, & Thorstensson, 2018) ดังนั้น เมื่อผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเปิดโอกาสให้ได้พูดระบายความรู้สึกและรับฟังความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาอย่างตั้งใจ ใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยา โดยเป็นคำพูดที่แสดงถึงความจริงใจ เป็นถ้อยคำที่สุภาพนุ่มนวล รวมถึงมีการอยู่เป็นเพื่อน ทำให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง มีบุคคลที่พร้อมจะรับฟังและช่วยเหลือตนในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดในระยะคลอดของภรรยา ส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกลดลงได้

การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ เมื่อผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ในระยะรอคลอดของภรรยา ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น (Philpott, Leahy-Warren, FitzGerald, & Savage, 2017) เกิดการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินและนอร์เอพิเนฟริน ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว มีเหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้า กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว ทำให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น (Stuart & Laraia, 2005) ซึ่งผู้จะเป็นบิดาต้องการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของตนที่เกิดขึ้นขณะภรรยาเจ็บครรภ์คลอด (Angelova & Temkina, 2010) ต้องการที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ตนเอง (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011) และได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รวมถึงได้พักจากการเฝ้าคลอดภรรยาอย่างเหมาะสม ดังนั้น เมื่อผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ/การปฏิบัติช่วยเหลือ โดยการจัดห้องพักผ่อนที่เป็นสัดส่วนและอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับห้องที่ภรรยานอนรอคลอด และเชิญชวนให้ผู้จะเป็นบิดามาพักผ่อนในห้องที่จัดไว้ พร้อมทั้งจัดเตรียมอาหารว่างและเครื่องดื่มไว้บริการ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากความตึงเครียดและอาการเหนื่อยล้า มีความพร้อมด้านร่างกายที่จะให้การสนับสนุนดูแลภรรยาในระยะรอคลอด และช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรลงได้

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ เมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกจะเกิดความกลัวการคลอดบุตร เนื่องจากรู้สึกว่ากระบวนการคลอดเป็นสิ่งที่ยากลำบากมาก ภรรยาต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อภรรยาอยู่ในระยะคลอด และไม่สามารถให้การช่วยเหลือภรรยาได้อย่างเพียงพอ (Sapountzi-Krepia, Psychogiou, Sakellari, Tsiligiri, & Vehvilainen-Julkunen, 2015) โดยผู้จะเป็นบิดาต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะให้การดูแลภรรยาในระยะคลอดได้อย่างถูกต้อง (Hanson et al., 2009) และต้องการได้รับการยืนยันว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติต่อภรรยาในระหว่างการคลอดบุตรเป็นสิ่งที่ถูกต้อง (Poh, Koh, Seow, & He, 2014) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความรู้สึกสบายใจ เมื่อตนเองสามารถให้การดูแลภรรยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moran et al., 2021) ดังนั้น เมื่อผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า/การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะคลอด รวมถึงการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของภรรยาได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดความมั่นใจในการให้การสนับสนุนดูแลภรรยาในระยะรอคลอด และส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร

1.2 อาจารย์พยาบาลควรนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมนี้ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก และให้การดูแลที่มีประสิทธิผลโดยการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้จะเป็นบิดา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางหรือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, จริยาพร ศรีสว่าง, ประทุม สร้อยวงค์, และรัชนีวรรณ จารุเลิศพงศ์. (2560). *ปัจจัยทำนายความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรของผู้จะเป็นบิดาชาวไทย* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และเสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์. (2557). *การเป็นบิดา: ประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตร และระยะหลังคลอด* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทพร แสนศิริพันธ์, และสุกัญญา ปริสัญญกุล. (2558). *การพยาบาลในระยะคลอด: แนวคิดทฤษฎี สู่การปฏิบัติ*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.

นิตยา พรมกันทา. (2559). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาณี จันทร์โสภา, ฉวี เบาทรวง, และสุกัญญา ปริสัญญกุล. (2555). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, *39*(4), 71–84.

Angelova, E., & Temkina, A. (2010). The father who participates in childbirth: Gender partnership or situation control? *Anthropology & Archeology of Eurasia*, *49*(2), 9–43. doi:10.2753/AAE1061-1959490201

Bäckström, C., & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: First-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, *27*(1), 67–73. doi:10.1016/j.midw.2009.07.001

Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *The Journal of Men's Health & Gender*, *1*(2–3), 159–169. doi:10.1016/j.jmhg.2004.06.004

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Chalmers, B., & Meyer, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *17*(1), 47–52. doi:10.3109/01674829609025663

Dellmann, T. (2004). “The best moment of my life”: A literature review of fathers’ experience of childbirth. *Australian Midwifery*, *17*(3), 20–26. doi:10.1016/S1448-8272(04)80014-2

Eriksson, C., Salander, P., & Hamberg, K. (2007). Men’s experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *The Journal of Men’s Health & Gender*, *4*(4), 409–418. doi:10.1016/j.jmhg.2007.07.045

Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men--analysis of an open-ended question. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, *51*(2), 112–118. doi:10.1016/j.jmwh.2005.08.010

Friedewald, M., Fletcher, R., & Fairbairn, H. (2005). All-male discussion forums for expectant fathers: Evaluation of a model. *The Journal of Perinatal Education*, *14*(2), 8–18. doi:10.1624/105812405X44673

Golubitsky, A., Weiniger, C., Sela, Y., Mouadeb, D., & Freedman, S. (2024). Childbirth as a traumatic event for attendant fathers. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1), 2338671. doi:10.1080/20008066.2024.2338671

Greenhalgh, R., Slade, P., & Spiby, H. (2000). Fathers’ coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*, *27*(3), 177–184. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00177.x

Hanson, S., Hunter, L. P., Bormann, J. R., & Sobo, E. J. (2009). Paternal fears of childbirth: A literature review. *The Journal of Perinatal Education*, *18*(4), 12–20. doi:10.1624/105812409X474672

Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2014). Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, *30*(2), 242–247. doi:10.1016/j.midw.2013.01.001

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

Huusko, L., Sjöberg, S., Ekström, A., Hertfelt Wahn, E., & Thorstensson, S. (2018). First-time fathers’ experience of support from midwives in maternity clinics: An interview study. *Nursing Research and Practice*, *2018*, 9618036. doi:10.1155/2018/9618036

Johansson, M., Wells, M. B., & Thies-Lagergren, L. (2021). A dreaded delight: A longitudinal qualitative interview study of paternal childbirth fear during the transition to fatherhood. *European Journal of Midwifery*, *5*, 1–8. doi:10.18332/ejm/142783

Labrague, L. J., Cariño, J. R., Catap, R. C., & Naizza, M. (2013). Exploring first-time fathers' feelings and experiences during labor - delivery of their partner/wife. *International Journal of Caring Sciences*, *6*(2), 217–226. Retrieved from https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11.%20Labrague%20Philipino%20Fathers.pdf

Moran, E., Bradshaw, C., Tuohy, T., & Noonan, M. (2021). The paternal experience of fear of childbirth: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), 1231. doi:10.3390/ijerph18031231

Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S., & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, *55*, 113–127. doi:10.1016/j.midw.2017.09.016

Poh, H. L., Koh, S. S. L., Seow, H. C. L., & He, H. G. (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, *30*(6), 779–787. doi:10.1016/j.midw.2013.10.002

Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, *15*(2), 21–28. doi:10.1624/105812406X107780

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*(1), 67–73. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *108*(5), 492–498. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x

Sansiriphun, N. (2009). *Becoming a first time father among Thais* (Doctoral dissertation). Chiang Mai University.

Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Sakellari, E., Tsiligiri, M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2015). Greek fathers' experiences from their wife's/partner's labour and delivery: A qualitative approach. *International Journal of Nursing Practice*, *21*(5), 470–477. doi:10.1111/ijn.12326

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Vehviläinen-Julkunen, K., & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, *14*(1), 10–17. doi:10.1016/s0266-6138(98)90109-7

White, G. (2007). You cope by breaking down in private: Fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery*, *15*(1), 39–45. doi:10.12968/bjom.2007.15.1.22679

Yagmur, Y., & Oltuluoglu, H. (2021). Emotions and thoughts of individuals who have become a father for the first time: A qualitative research. *International Journal of Caring Sciences*, *14*(1), 147–157. Retrieved from https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/16_yagmur_original_14_1.pdf

รายงานการวิจัย

การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกและการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*

Leader-Member Exchange and Job Embeddedness of Generation Z Nurses, University Hospitals*

สุพรรษา วรรณะ, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) [1]

Supansa Wanna, M.N.S. (Nursing Administration) [1]

เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [2] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [3]

Petsunee Thungjaroenkul, Ph.D. (Nursing) [2] Apiradee Nantsupawat, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: October 18, 2023 Revised: May 2, 2026 Accepted: May 19, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก การฝังตรึงในงาน และความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นซีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในภาคเหนือ 4 แห่ง รวมจำนวน 244 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบสอบถามการฝังตรึงในงาน มีค่าความเชื่อมั่น .79 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1] Master, Program in Nursing Administration, 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: petsunee@gmail.com

[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกโดยรวมในระดับสูง (M = 3.72, SD = .52) มีคะแนนเฉลี่ยการฝังตรึงในงาน ด้านการฝังตรึงภายในงานและด้านการฝังตรึงภายนอกงานในระดับปานกลาง (M = 3.21, SD = .52 และ M = 3.19, SD = .58 ตามลำดับ) และการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝังตรึงในงานด้านการฝังตรึงภายในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .332, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนกับพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้เกิดการฝังตรึงในงานผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีคงอยู่ในองค์กร

คำสำคัญ: การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก การฝังตรึงในงาน พยาบาลเจนเนอเรชั่นซี

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore leader-member exchange, job embeddedness, and the relationship between leader-member exchange and job embeddedness of Generation Z nurses. The sample consisted of 244 Generation Z registered nurses working at four public university hospitals in northern Thailand. The research instruments included a demographic data questionnaire, a leader-member exchange questionnaire with a reliability of .95, and a job embeddedness questionnaire with a reliability of .79. Data were collected from July to August 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that Generation Z nurses had an overall mean score of leader-member exchange at a high level (M = 3.72, SD = .52). They also had mean scores of on-the-job and off-the-job embeddedness at a moderate level (M = 3.21, SD = .52; and M = 3.19, SD = .58, respectively). Leader-member exchange was positively and statistically significantly related to on-the-job embeddedness of Generation Z nurses (r_s = .332, p < .001).

This research suggests that nurse executives should encourage head nurses to regularly exchange with Generation Z nurses as well as promote job embeddedness through various activities. This will help Generation Z nurses remain in the organization.

Keywords: Leader-member exchange, Job embeddedness, Generation Z nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี (Generation Z) เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่เข้ามาทดแทนพยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กและเบบี้บูม และเริ่มเข้าทำงานในระบบสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2561–2562 จำนวน 8,000–10,000 คน (อนุชา ไทยวงษ์ และบุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2564) พยาบาลเจนเนอเรชั่นซี คือ พยาบาลที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2539–2552 ซึ่งมีคุณลักษณะเด่น คือ ชอบการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีและมีทักษะการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความสามารถในการเรียนรู้ได้รวดเร็ว ไม่ชอบการรอคอย มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว มีความอดทนต่ำ รักอิสระ และต้องการความเข้าใจ ความรักและความห่วงใยจากผู้ใหญ่ (ชนันภรณ์ อารีกุล, 2562) ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลเจนเนอเรชั่นอื่น ๆ เช่น พยาบาลเจนเนอเรชั่นเบบี้บูมที่มีความอดทนและจริงจังกับการทำงาน พยาบาลเจนเนอเรชั่นเอ็กที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน พยาบาลเจนเนอเรชั่นวายที่มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นตัวของตัวเอง (สิริพิมพ์ ชูปาน, 2561)

ปัญหาการลาออกในระยะต้นของการทำงานพบเด่นชัดในพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โดยมีอัตราการลาออกในปีแรกถึงร้อยละ 40.84 และในปีที่สองร้อยละ 25.57 (กฤษดา แสวงดี, 2560) สอดคล้องกับรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ชี้ว่า พยาบาลอายุน้อยมีความเสี่ยงในการลาออกสูง (Marufu, Collins, Vargas, Gillespie, & Almghairbi, 2021) ในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สาเหตุหลักของการลาออก ได้แก่ การได้งานใหม่ และปัจจัยด้านครอบครัว (ปริศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนางาม, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2554) สะท้อนถึงข้อจำกัดของปัจจัยยึดเหนี่ยวในองค์กร นอกจากนี้ ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่า พยาบาลมีความตั้งใจลาออกเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาระงานและความเครียดที่สูงขึ้น (Falatah, 2021; International Council of Nurses, 2022; Lasater et al., 2021) โดยเฉพาะในพยาบาลรุ่นใหม่ที่มีประสบการณ์น้อย

แรงยึดเหนี่ยวที่จะทำให้คนทำงานคงอยู่ในงานถูกกล่าวถึงครั้งแรกโดย Mitchell, Holtom, Lee, Sablynski, and Erez (2001) ที่นำเสนอทฤษฎีการฝังตรึงในงาน โดยระบุว่า การฝังตรึงในงานประกอบด้วย 1) ความเชื่อมโยง (link) หมายถึง การที่คนทำงานรับรู้ถึงความเกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับองค์กรหรือชุมชน 2) ความลงตัว (fit) หมายถึง การรับรู้ของคนทำงานว่าตนเองมีความเหมาะสม เข้ากันได้อย่างพอดีกับองค์กรและชุมชน และ 3) การยอมเสียสละ (sacrifice) หมายถึง การที่คนทำงานรับรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่ต้องสูญเสียหากออกจากงาน โดยแบ่งออกเป็นสิ่งที่ต้องสูญเสียเมื่อออกจากองค์กร และสิ่งที่ต้องสูญเสียเมื่อออกจากชุมชน ดังนั้น แรงยึดเหนี่ยวที่ทำให้คนทำงานฝังตรึงในงานจึงแบ่งออกเป็นแรงยึดเหนี่ยวภายในงาน (on-the-job) และแรงยึดเหนี่ยวภายนอกงาน (off-the-job) หากคนทำงานมีการฝังตรึงในงานจะส่งผลให้เกิดความผูกพันในงาน มุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงาน (Khan, Aziz, Afsar, & Latif, 2018) และไม่ลาออกจากงาน (เอกรินทร์ วริทธิกร, วรางคณา จันทร์คง, และอารยา ประเสริฐชัย, 2565)

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีการฝังตรึงในงาน ซึ่งตามทฤษฎีอนุรักษ์ทรัพยากร (Conservation of Resource Theory) (Hobfoll, Halbesleben, Neveu, & Westman, 2018) อยู่บนหลักการที่ว่าคนทำงานจะใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น (crossover process) เพื่อสะสมทรัพยากรที่มีคุณค่า เช่น ทรัพย์สิน อำนาจ สถานะทางสังคม ซึ่งหากมีการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นได้ดีจะทำให้ได้รับทรัพยากรจำนวนมากที่จะนำไปใช้ในการทำงาน จึงทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงานตามมา ดังนั้น หากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีการแลกเปลี่ยนระหว่างกันเป็นอย่างดีย่อมทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึก

เชื่อมโยง ลงตัวกับงานและชุมชน และจะรู้สึกสูญเสียเมื่อต้องลาออกจากงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน โดยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงาน เช่น การศึกษาของ Harris, Wheeler, and Kacmar (2011) ที่ศึกษาในพนักงานตัวแทนจำหน่ายรถยนต์ทางตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา พบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการฝังตรึงในงาน ส่วนการศึกษาของ Dechawatanapaisal (2018) ที่ศึกษาในพยาบาลไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า คุณภาพการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการฝังตรึงในงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มคนที่ไม่ได้อยู่ในองค์กรสุขภาพและในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะลาออกจากงานมากกว่าพยาบาลเจนเนอเรชั่นอื่น ๆ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาล และการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการตระหนักถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในการวางแผนการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี เพื่อให้พยาบาลกลุ่มนี้มีการฝังตรึงในงานและคงอยู่ในงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก ตามการรับรู้ของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2. เพื่อศึกษาการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สมมติฐานการวิจัย

การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก ของ Liden and Maslyn (1998) และแนวคิดการฝังตรึงในงาน ของ Mitchell et al. (2001) โดยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก คือ การที่ผู้นำพัฒนาความสัมพันธ์กับสมาชิกในองค์กร โดยช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานและใส่ใจความเป็นอยู่ของสมาชิกในองค์กร ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำงาน จงรักภักดี และร่วมมือกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ ส่วนการฝังตรึงในงาน คือ การที่พยาบาลเกิดความรู้สึกเชื่อมโยง ลงตัว และรู้สึกสูญเสียเมื่อต้องออกจากงานและชุมชน ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับแรงยึดเหนี่ยวภายในงานและแรงยึดเหนี่ยวภายนอกงาน โดยความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้เป็นไปตามทฤษฎีอนุรักษ์ทรัพยากร (Hobfoll et al., 2018) ซึ่งมีหลักการว่าคนทำงานจะใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นเพื่อให้ได้ทรัพยากรที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตการทำงานและภายนอกงาน หากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนระหว่างกันเป็นอย่างดี ย่อมทำให้พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีได้รับทรัพยากรที่จะนำไปใช้ในการทำงานและภายนอกงาน ซึ่งจะเป็นแรงยึดเหนี่ยวให้พยาบาลมีการฝังตรึงในงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นซีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในภาคเหนือ 4 แห่ง รวมจำนวน 556 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2539–2552 และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน 2) ปฏิบัติงานให้การบริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน 3) ไม่อยู่ในช่วงลาคลอด ลาป่วย หรือลากิจมากกว่า 1 เดือน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1976 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 233 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 280 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละงานการพยาบาล และใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ตำแหน่งการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน การเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการในหอผู้ป่วย การปฏิบัติงานในภูมิลำเนา และการอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ ของนรพรรณ อุณหะนันทน์ (2546) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมมือกันสร้างผลงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความจงรักภักดี จำนวน 6 ข้อ ด้านการนับถือในความเป็นวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ และด้านความชอบพอ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับต่ำที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.50–2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ในระดับสูง (3.50–4.49 คะแนน) และในระดับสูงที่สุด (4.50–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการฝังตรึงในงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Clinton, Knight, and Guest (2012) ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ผู้วิจัยทำการแปลย้อนกลับตามขั้นตอนของ Ozolins, Hale, Cheng, Hyatt, and Schofield (2020) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการฝังตรึงภายในงาน จำนวน 6 ข้อ และด้านการฝังตรึงภายนอกงาน จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง

เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการฝังตรึงในงานในระดับต่ำที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.50–2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ในระดับสูง (3.50–4.49 คะแนน) และในระดับสูงที่สุด (4.50–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก และแบบสอบถามการฝังตรึงในงาน ไปทดลองใช้กับพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 062/2566 วันที่ 8 มิถุนายน 2566) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 220/66 COA-NUR062/66 วันที่ 8 มิถุนายน 2566) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (เอกสารรับรอง เลขที่ COE: 122/2023 วันที่ 21 มิถุนายน 2566) และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสาร เลขที่ 4390 วันที่ 19 มิถุนายน 2566) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา (เอกสาร เลขที่ 0811 วันที่ 20 มิถุนายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในภาคเหนือ 4 แห่ง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล อธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มอบซองที่บรรจุเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ QR code สำหรับเข้าสู่การทำแบบสอบถามทางออนไลน์ จากนั้นผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละงานการพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ พร้อมแจ้งให้อ่านและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้สแกน QR code สำหรับเข้าสู่การทำแบบสอบถามทางออนไลน์ โดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามภายใน 2–4 สัปดาห์ และส่งคืนเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ผู้ประสานงานเพื่อที่ผู้ประสานงานจะได้นำส่งให้ผู้วิจัยต่อไป ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก และข้อมูลการฝังตรึงในงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 87.14

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

คิดเป็นร้อยละ 94.67 มีอายุอยู่ในช่วง 23–25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.97 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.30 ปี (*SD* = 1.33) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 96.31 มีรายได้อยู่ในช่วง 25,001–30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.39 ทั้งหมดมีตำแหน่งการทำงาน คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 100 ปฏิบัติงานในแผนกอายุรศาสตร์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.08 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1–2 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.38 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.27 ปี (*SD* = 1.08) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอยู่ในช่วง 1–2 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.75 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.27 ปี (*SD* = 1.08) ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการในหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 65.16 ไม่ได้ปฏิบัติงานในภูมิลำเนา คิดเป็นร้อยละ 60.66 และมีการอาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70.98

2. การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก ตามการรับรู้ของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกโดยรวมในระดับสูง (*M* = 3.72, *SD* = .52) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมมือกันสร้างผลงาน (*M* = 3.75, *SD* = .57) ด้านการนับถือในความเป็นวิชาชีพ (*M* = 3.96, *SD* = .64) และด้านความชอบพอ (*M* = 3.76, *SD* = .73) และมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านความจงรักภักดี (*M* = 3.47, *SD* = .54)

3. การฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการฝังตรึงในงาน ด้านการฝังตรึงภายในงานและด้านการฝังตรึงภายนอกงานในระดับปานกลาง (*M* = 3.21, *SD* = .52 และ *M* = 3.19, *SD* = .58 ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี พบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝังตรึงในงานด้านการฝังตรึงภายในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .332, p < .001) แต่การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกไม่มีความสัมพันธ์กับการฝังตรึงในงานด้านการฝังตรึงภายนอกงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกกับการฝังตรึงในงาน ด้านการฝังตรึงภายในงานและด้านการฝังตรึงภายนอกงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี (n = 244)

ตัวแปร	การฝังตรึงในงาน			
	ด้านการฝังตรึงภายในงาน		ด้านการฝังตรึงภายนอกงาน	
	r_s	p	r_s	p
การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก	.332	< .001	.106	.098

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกโดยรวมในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีสัมพันธภาพที่ดีกับหัวหน้าหอผู้ป่วย อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย จึงได้รับการสนับสนุนและดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านการปฏิบัติงานและด้านส่วนบุคคล เช่น การให้คำปรึกษา การช่วยแก้ปัญหา การเอาใจใส่ด้านความเป็นอยู่ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร (Lee, Thomas, Martin, Guillaume, & Marstand, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีบทบาทสำคัญต่อความพึงพอใจและความผูกพันของพยาบาล (Boamah, Spence Laschinger, Wong, & Clarke, 2018) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทประเทศไทยที่พบว่าพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับสูง (Dechawatanapaisal, 2018)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมมือกันสร้างผลงาน ด้านการนับถือในความเป็นวิชาชีพ และด้านความชอบพอ ในด้านการร่วมมือกันสร้างผลงานอธิบายได้ว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีความสามารถด้านเทคโนโลยีและชอบความท้าทาย ส่งผลให้หัวหน้ามอบหมายงานที่เหมาะสมและสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความร่วมมือในการบรรลุเป้าหมายและพัฒนางานร่วมกัน (อนุชา ไทยวงษ์ และบุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2564; Boamah et al., 2018) ส่วนด้านการนับถือในความเป็นวิชาชีพ สะท้อนบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีสมรรถนะและภาวะผู้นำสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ นิเทศงาน และให้คำปรึกษาเชิงวิชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความนับถือจากผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก (Lee et al., 2019) สำหรับด้านความชอบพออธิบายได้ว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีความรู้สึกทางบวกต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับบุคคล เนื่องจากหัวหน้าส่วนใหญ่แสดงความเป็นมิตร เอื้ออาทร ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนการทำงานอย่างเหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลเกิดความไว้วางใจและรู้สึกอบอุ่นในการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมผู้นำเชิงสนับสนุนช่วยเสริมสร้างความผูกพันและทัศนคติที่ดีของบุคลากร (Boamah et al., 2018; Lee et al., 2019)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านความจงรักภักดี สะท้อนว่าการสนับสนุนและการปกป้องระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลยังอยู่ในกรอบบทบาทหน้าที่ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอยู่ในช่วง 1–2 ปี (ร้อยละ 64.75) โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ยเพียง 2.27 ปี การที่พยาบาลมีอายุงานไม่เกิน 5 ปี ถือว่ายังอยู่ในช่วงพัฒนาความสัมพันธ์ ประกอบกับช่องว่างระหว่างวัยที่ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ยังไม่ลึกซึ้ง (ชัชวาล วงค์สารี, ศุภลักษณ์ พื้นทอง, และสุทธิชารัตน์ จันติยะ, 2562) อีกทั้งบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีภาระงานซับซ้อน ทำให้การทำงานมุ่งเน้นตามบทบาทมากกว่าการสร้างความสัมพันธ์เชิงลึก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์แบบการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิก ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและมักอยู่ในระดับปานกลางในบุคลากรใหม่ (Lee et al., 2019)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีมีคะแนนเฉลี่ยการฝังตรึงในงาน ด้านการฝังตรึงภายในงานและด้านการฝังตรึงภายนอกงานในระดับปานกลาง

ในด้านการฝังตรึงภายในงานอธิบายได้ว่า แม้ว่าพยาบาลจะมีความคุ้นเคยกับองค์กร มีเพื่อนร่วมงานและเครือข่าย แต่ความรู้สึกสูญเสียเมื่อออกจากงานยังต่ำ อาจเนื่องจากภาระงานและความเครียดจากงานที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเครียดและภาระงานส่งผลต่อการคงอยู่ของพยาบาล (Falatah, 2021; Lasater et al., 2021) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้เครื่องมือประเมินการฝังตรึงในงานเหมือนกัน ของ Goliroshan, Nobahar, Raeisdana, Ebadinejad, and Aziznejadroshan (2021) ที่พบว่า พยาบาลในประเทศอิหร่านมีการฝังตรึงภายในงานและการฝังตรึงภายนอกงานในระดับสูง

ส่วนด้านการฝังตรึงภายนอกงานอธิบายได้ว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นซีปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีความสะดวกด้านการคมนาคมและแหล่งอำนวยความสะดวก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกลงตัวกับการใช้ชีวิต อย่างไรก็ตาม ระดับความเชื่อมโยงกับชุมชนและความรู้สึกสูญเสียเมื่อต้องออกจากชุมชนยังอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 96.31) และไม่ได้ปฏิบัติงานในภูมิลำเนา (ร้อยละ 60.66) สอดคล้องกับข้อมูลการลาออกที่พบว่า พยาบาลมักลาออกเพื่อกลับภูมิลำเนาและดูแลครอบครัว (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2564) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในงานของพยาบาล (Marufu et al., 2021)

ผลการวิจัยพบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝังตรึงในงานด้านการฝังตรึงภายในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการสนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพช่วยเสริมทรัพยากรในการทำงาน ทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับทฤษฎีอนุรักษ์ทรัพยากร (Hobfoll et al., 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝังตรึงในงานของพยาบาล (Dechawatanapaisal, 2018)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกไม่มีความสัมพันธ์กับการฝังตรึงในงานด้านการฝังตรึงภายนอกงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมุ่งเน้นในบริบทการทำงานมากกว่าชีวิตส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้นำมีผลต่อปัจจัยภายในงานมากกว่าภายนอกงาน (Boamah et al., 2018) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกมีความสัมพันธ์กับการฝังตรึงภายนอกงานของพยาบาล (Karatepe & Avci, 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยพัฒนาความสัมพันธ์เชิงคุณภาพกับพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายงานตามศักยภาพ สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และแสดงความเอาใจใส่ทั้งด้านวิชาชีพและด้านส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการปฏิบัติงานและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายเชิงระบบเพื่อเสริมสร้างการฝังตรึงในงาน โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะตามเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ การออกแบบงานที่เอื้อต่อการเติบโต และการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมขององค์กร เพื่อเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและชุมชน

1.3 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ที่มุ่งเน้นมิติชีวิตภายนอกงานอย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริมสมดุลชีวิตและการทำงาน จัดสวัสดิการที่สนับสนุนบทบาทครอบครัว และพัฒนากิจกรรมที่

เชื่อมโยงกับชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติงานใกล้ภูมิลำเนา เพื่อเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรกับบริบทชีวิตส่วนตัว อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างการฝังตรึงภายนอกงานและการคงอยู่ในองค์กรในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีศึกษาการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกและการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีในโรงพยาบาลประเภทอื่น ๆ เพื่อให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกับสมาชิกและการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการฝังตรึงในงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นซีในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสวงดี. (2560). วิกฤติขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *26*(2), 456–468.

ชนันภรณ์ อารีกุล. (2562). การศึกษาทางเลือก: รูปแบบการเรียนรู้ที่สำคัญสำหรับเจเนอเรชันแอลฟา. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, *8*(3), 270–283.

ชัชวาล วงค์สารี, ศุภลักษณ์ พื้นทอง, และสุทธิชารัตน์ จันติยะ. (2562). ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นแซดที่ทำงานไม่ตรงกับแผนกที่ตนเลือกสรร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21*(1), 136–146.

นรพรรณ อุณหะนันทน์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อถือได้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ กับความพึงพอใจในการสื่อสารของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปริศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนางาม, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). สัดส่วนและสาเหตุการลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *26*(3), 233–238.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2564). *รายงานจำนวนการลาออก/โอนย้าย/เกษียณอายุราชการของบุคลากรทางการพยาบาล แบ่งตามอายุการทำงาน*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

สิริพิมพ์ ชูปาน. (2561). พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *28*(1), 1–12.

อนุชา ไทยวงษ์, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2564). พยาบาลวิชาชีพ Generation Z ในระบบสุขภาพประเทศไทย: กลวิธีที่ท้าทายในการบริหารสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารแพทย์นาวี*, *48*(1), 199–209.

เอกรินทร์ วริทธิกร, วรางคณา จันทร์คง, และอารยา ประเสริฐชัย. (2565). อิทธิพลของการฝังตรึงในงานและความผูกพันของพนักงานต่อการคงอยู่ของผู้ให้บริการในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, *9*(1), 118–137.

Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, *66*(2), 180–189. doi:10.1016/j.outlook.2017.10.004

Clinton, M., Knight, T., & Guest, D. E. (2012). Job embeddedness: A new attitudinal measure. *International Journal of Selection and Assessment*, *20*(1), 111–117. doi:10.1111/j.1468-2389.2012.00584.x

Dechawatanapaisal, D. (2018). Nurses' turnover intention: The impact of leader-member exchange, organizational identification and job embeddedness. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(6), 1380–1391. doi:10.1111/jan.13552

Falatah, R. (2021). The impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic on nurses' turnover intention: An integrative review. *Nursing Reports*, *11*(4), 787–810. doi:10.3390/nursrep11040075

Goliroshan, S., Nobahar, M., Raeisdana, N., Ebadinejad, Z., & Aziznejadroshan, P. (2021). The protective role of professional self-concept and job embeddedness on nurses' burnout: Structural equation modeling. *BMC Nursing*, *20*(1), 203. doi:10.1186/s12912-021-00727-8

Harris, K. J., Wheeler, A. R., & Kacmar, K. M. (2011). The mediating role of organizational job embeddedness in the LMX–outcomes relationships. *The Leadership Quarterly*, *22*(2), 271–281. doi:10.1016/j.leaqua.2011.02.003

Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *5*, 103–128. doi:10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640

International Council of Nurses. (2022). *The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic*. Geneva: Author.

Karatepe, O. M., & Avci, T. (2019). Nurses' perceptions of job embeddedness in public hospitals. *SAGE Open*, *9*(1), 1–9. doi:10.1177/2158244019828848

Khan, M., Aziz, S., Afsar, B., & Latif, A. (2018). The effect of job embeddedness on turnover intentions, work engagement, and job performance. *Journal of Tourism & Hospitality*, *7*(3), 1–9. doi:10.4172/2167-0269.1000354

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Reneau, K., … McHugh, M. D. (2021). Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: An observational study. *BMJ Quality & Safety*, *30*(8), 639–647. doi:10.1136/bmjqs-2020-011512

Lee, A., Thomas, G., Martin, R., Guillaume, Y., & Marstand, A. F. (2019). Beyond relationship quality: The role of leader-member exchange importance in leader-follower dyads. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *92*(4), 736–763. doi:10.1111/joop.12262

Liden, R. C., & Maslyn, J. M. (1998). Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development. *Journal of Management*, *24*(1), 43–72. doi:10.1016/S0149-2063(99)80053-1

Marufu, T. C., Collins, A., Vargas, L., Gillespie, L., & Almghairbi, D. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: Systematic review. *British Journal of Nursing*, *30*(5), 302–308. doi:10.12968/bjon.2021.30.5.302

Mitchell, T. R., Holtom, B. C., Lee, T. W., Sablynski, C. J., & Erez, M. (2001). Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, *44*(6), 1102–1121. doi:10.2307/3069391

Ozolins, U., Hale, S., Cheng, X., Hyatt, A., & Schofield, P. (2020). Translation and back-translation methodology in health research - a critique. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *20*(1), 69–77. doi:10.1080/14737167.2020.1734453

รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี*

Factors Related to Family Management among Caregivers of Children with Systemic Lupus Erythematosus*

รุ่งทิพย์ พลับผล, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [1]

Rungthip Phubphon, M.N.S. (Pediatric Nursing) [1]

ศรีมนา นิยมค้า, Ph.D. (Nursing) [2] จุฑารัตน์ มีสุขโข, Ph.D. (Nursing) [3]

Srimana Niyomkar, Ph.D. (Nursing) [2] Jutarat Mesukko, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: March 11, 2024 Revised: April 23, 2026 Accepted: April 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง รวมจำนวน 102 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคเอสแอลอี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคเอสแอลอี มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .81–.87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อีต้า สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 152.31$, $SD = 13.33$) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tiffy_phubphon@hotmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (η = .477, p < .001; η = .331, p < .05 และ r = .632, p < .001 ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีมีการจัดการครอบครัวที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว เด็กโรคเอสแอลอี การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study family management and factors related to family management among caregivers of children with systemic lupus erythematosus (SLE). The participants were 102 caregivers of children with SLE in three tertiary hospitals in Northern Thailand. The research instruments included a caregiver and child demographic questionnaire, a social support questionnaire with a reliability of .91, and the Family Management Measure (FaMM) with the reliabilities in the range of .81–.87. Data were collected from May 2022 to July 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, Spearman's rank correlation, and Pearson's product-moment correlation.

The research results revealed that caregivers of children with SLE had an overall mean score of family management at a moderate level (M = 152.31, SD = 13.33). Education level of caregivers, family income, and social support were positively and statistically significantly related to family management among caregivers of children with SLE (η = .477, p < .001; η = .331, p < .05; and r = .632, p < .001, respectively).

This research suggests that nursing professionals should encourage the caregivers of children with SLE to perform more proper and more effective family management by providing social support.

Keywords: Family management, Children with systemic lupus erythematosus, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอสแอลอีหรือโรคภูมิแพ้ตนเอง เป็นโรคเรื้อรังที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเนื้อเยื่อตนเอง มีการทำลายเนื้อเยื่อและเกิดการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติได้หลายระบบหรือหลายอวัยวะของร่างกาย (นันทนา กสิตานนท์, 2560) และเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิต พบอุบัติการณ์ของโรคเอสแอลอี 0.30–0.90 คนต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี และพบความชุก 3.30–24.00 คนต่อประชากรเด็ก 100,000 คน (Harry, Yasin, & Brunner, 2018) โรคนี้พบมากในประชากรเด็กแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Tang, Lim,

& Arkachaisri, 2021) โดยสามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิด (วัชรีวรรณ สนธิชัย, 2563) จากการศึกษาพบว่า เด็กโรคเอสแอลอีมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี ร้อยละ 10.30 อายุ 8–13 ปี ร้อยละ 57.40 และอายุ 14–18 ปี ร้อยละ 32.30 (Massias et al., 2020)

ลักษณะการดำเนินโรคเอสแอลอีแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะกำเริบ และระยะสงบ (นันทนา กสิตานนท์, 2560) เด็กแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีอาการในระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบร่วมกัน อาการมีได้หลากหลายตั้งแต่แบบค่อยเป็นค่อยไป แบบเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับมีอาการและอาการแสดงเป็นช่วง ๆ จนถึงแบบมีอาการฉับพลันถึงแก่ชีวิตได้ (สุโรจน์ ศุภเวคิน, 2557) ความรุนแรงของโรคเอสแอลอีจะแตกต่างกันตามอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ (ปิยะนุช แหน่งเพ็ชร, บุศรา หมื่นศรี, และจารุวรรณ มานะสุรการ, 2560) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นได้ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากยาที่ใช้ในการรักษา เช่น ยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกันในปริมาณที่สูงและได้รับเป็นเวลานาน (Harry et al., 2018) นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการขาดยา การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง การไม่เข้าใจโรคและอาการของโรค การขาดความต่อเนื่องในการรักษา และการขาดความร่วมมือของเด็กและครอบครัว (ปาณิสรา กิจเจริญรุ่งโรจน์, ชยนุช ไชยรัตนะ, นันทกา สวัสดิพานิช, และธวัชชัย ดีขจรเดช, 2567)

ในการรักษาโรคเอสแอลอีนั้น เด็กอาจต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การควบคุมโรคให้สงบนานที่สุด เพื่อป้องกันความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ และลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาให้มีน้อยที่สุด ควบคู่ไปกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก (Harry et al., 2018) นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว กลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันการกำเริบของโรค คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ร่วมกับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากครอบครัว ทั้งนี้เด็กในช่วงอายุ 1–15 ปี แม้ว่าจะเริ่มมีพัฒนาการด้านการคิดอย่างมีเหตุผลและสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนในบางช่วงวัย แต่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งมักส่งผลต่อความสามารถในการคิดเชิงปฏิบัติและการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะและพัฒนาการที่ยังไม่สมบูรณ์ตามวัย ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการกิจวัตรประจำวัน การกำกับการรักษาและการตัดสินใจด้านสุขภาพแทนเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้เด็กสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง (Sutthisom pohn & Kusol, 2021) การดูแลเด็กโรคเอสแอลอีทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากเด็กต้องได้รับการดูแลที่เพิ่มขึ้นจากปกติ เช่น การรับประทานยาและอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การประเมินการกำเริบของโรค การป้องกันการติดเชื้อ และในเด็กบางรายที่มีภาวะไตวายเรื้อรังอาจต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางมาโรงพยาบาล (Jönsen et al., 2016) ครอบครัวจึงเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ดังนั้น ครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้องมีการจัดการครอบครัวให้มีความเหมาะสม เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลเด็ก และเพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดผลกระทบต่อเด็กและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

การจัดการครอบครัว (family management) ในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี ตามแนวคิดของ Knafl, Deatrick, and Havill (2012) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการผนวกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคเอสแอลอีกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 3) ความพยายามในการจัดการสภาวะ

ความเจ็บป่วย 4) ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และ 5) มุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในเด็กโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า หากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีความสามารถในการจัดการครอบครัวที่สูงขึ้น เนื่องจากจะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดี พยายามแสวงหาความรู้ในการดูแลบุตรมากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้ดีมากกว่าเมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการพยาบาล (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำจะทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเมื่อบุตรเกิดการเจ็บป่วย (Knafl et al., 2012) เด็กที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย ครอบครัวจะมีการจัดการที่ดีกว่าเด็กที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้มารดามีโอกาสเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ในการดูแลบุตรได้มากขึ้น ทำให้สามารถพัฒนาทักษะการจัดการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ภัทร์ภร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ธีระรังสิกุล, 2562) และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้บุตรที่ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Grey, Knafl, & McCorkle, 2006)

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) มาเป็นกรอบในการวิจัย เนื่องจากมีการระบุแหล่งสนับสนุนและแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมอย่างชัดเจน โดยผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ ครู และบุคคลหรือกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น (อรอนงค์ ชาวส้าน, อุษณีย์ จินตะเวช, และสุธิศา ล่ามช้าง, 2563) ดังนั้นหากผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวทั้งหมด ก็จะทำให้สามารถปรับตัวและทำหน้าที่ในบทบาทการดูแลเด็กได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาการจัดการครอบครัวในโรคเรื้อรังต่าง ๆ แต่ยังไม่พบในโรคเอสแอลอี ทั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในครอบครัวเด็กโรคเอสแอลอี เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว การเจ็บป่วยส่งผลกระทบทั้งต่อเด็กและครอบครัว การพยากรณ์โรคไม่แน่นอน เด็กอาจมีพยาธิสภาพในหลายอวัยวะของร่างกาย ทำให้มีความต้องการในการดูแลมากกว่าเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ หากเด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม อาจทำให้เด็กมีการกำเริบของโรคได้บ่อย เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ครอบครัวจึงต้องการการจัดการในหลายด้านเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำและส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี

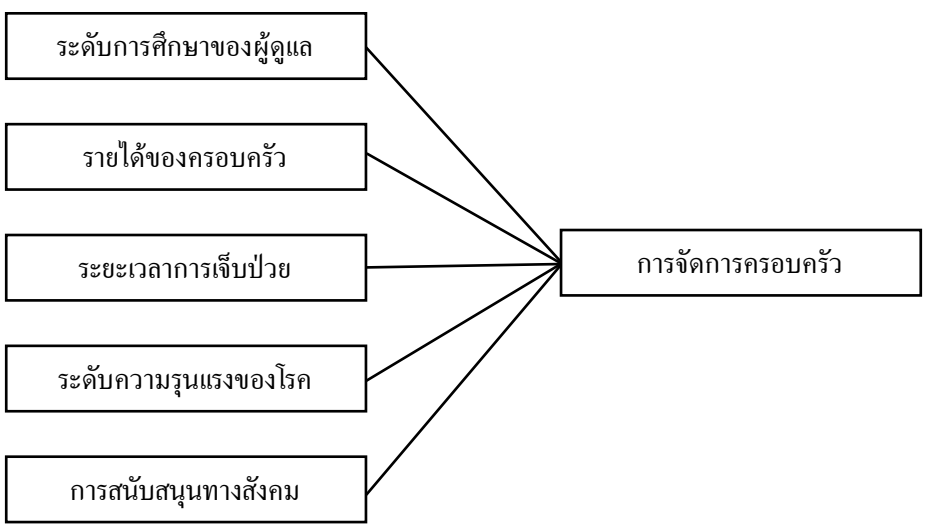
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี คือ การรับรู้ของผู้ดูแลในการผนวกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคเอสแอลอีกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการครอบครัวจะยากหรือง่ายนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร หากผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีได้รับความเห็นอกเห็นใจ ได้รับคำยกย่องจากผู้อื่น ได้รับความรู้ ข้อมูลในการดูแลเกี่ยวกับโรค และได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นเงินหรือสิ่งของจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการครอบครัวได้ดี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 1–15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอสแอลอี และเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีหน้าที่ในการตัดสินใจและดูแลเด็ก 3) มีระยะเวลาในการดูแลเด็กนานกว่า 1 เดือน 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2010) และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคเอสแอลอี ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว อาชีพ และรายได้ของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคเอสแอลอี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคเอสแอลอี ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของสุภาพร วัฒนา (2561) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนน้อย ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนมาก และได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย (34.00–79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34–124.67 คะแนน) และในระดับมาก (124.68–170.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่แปลย้อนกลับจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว (Family Management Measure [FaMM]) ของ Knafl et al. (2012) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว จำนวน 14 ข้อ และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก

จำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการครอบครัวในระดับต่ำ (45.00–105.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105.01–165.01 คะแนน) และในระดับสูง (165.02–225.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคเอสแอลอี และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักของเด็กโรคเอสแอลอีที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฯ เท่ากับ .91 และของแบบสอบถามการจัดการครอบครัวรายด้านเท่ากับ .82, .85, .84, .87 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 018/2565 วันที่ 22 มีนาคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ NUR-2565-08930 วันที่ 12 เมษายน 2565 เอกสารรับรอง เลขที่ EC 052/65 วันที่ 27 พฤษภาคม 2565 และเอกสารรับรอง เลขที่ EC CRH 033/66 Ex วันที่ 18 พฤษภาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยและหัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 2 แห่ง ที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกกุมารเวชกรรมอย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์การทำวิจัยหรือผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง) โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคเอสแอลอีจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคเอสแอลอี ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และระดับความรุนแรงของโรคกับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (eta; η) การหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา

การเจ็บป่วยกับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.59 มีอายุอยู่ในช่วง 41–65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.98 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.51 มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 64.71 มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 56.86 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.25 และส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001–15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 66.67

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคเอสแอลอี พบว่า เด็กโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.25 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 12 ปี–15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 11 ปี 6 เดือน (*SD* = 2.34) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) คือ 3–4 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.22 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1–3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.01 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2 ปี 9 เดือน (*SD* = 1.99) และระดับความรุนแรงของโรค คือ มีพยาธิสภาพในอวัยวะสำคัญ คิดเป็นร้อยละ 56.86

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.27 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก (*M* = 152.31, *SD* = 13.33)

4. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่มีการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.27 และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง (*M* = 152.31, *SD* = 13.33) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก (*M* = 18.84, *SD* = 2.34) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (*M* = 39.91, *SD* = 4.56) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (*M* = 13.20, *SD* = 2.56) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว (*M* = 45.41, *SD* = 4.58) และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย (*M* = 34.95, *SD* = 5.12)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (η = .477, p < .001; η = .331, p < .05 และ r = .632, p < .001 ตามลำดับ) แต่ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี (n = 102)

ปัจจัย	การจัดการครอบครัว	
	η	*p*
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	.477	< .001
รายได้ของครอบครัว	.331	.046
ระดับความรุนแรงของโรค	.005	.962
	r_s	*p*
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.880	.380
	r	*p*
การสนับสนุนทางสังคม	.632	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 64.71) ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ผู้ที่มีบทบาทหลักในการเลี้ยงดูบุตรคือมารดา โดยมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดระดับปฐมภูมิกับเด็กมากที่สุด จะมีความเข้าใจและไวต่อการรับรู้ความต้องการของบุตร ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุตรได้ดี นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.51) จึงมีผู้ที่คอยให้คำปรึกษา ให้ความรัก ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มากกว่าผู้ดูแลที่มีการหย่าร้าง หม้าย หรือแยกกันอยู่ (ขนิษฐา หะยีมะแซ, 2556) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลบุตรหลานโรคเอสแอลอีไม่ได้มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัวมากนัก สามารถจัดการครอบครัวได้ และผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 41–65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50.98) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อันเป็นวัยที่มีความรู้ ทักษะ มีวุฒิภาวะสูง มีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตมาอย่างหลากหลาย (ชัชวาล วงค์สารี, 2561) จึงสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ประกอบกับเด็กมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 12 ปี–15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.10) ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดเหมือนในวัยเด็กเล็ก อีกทั้งยังสามารถมีส่วนช่วยสนับสนุนการจัดการภายในครอบครัวของผู้ดูแลได้ โดยเด็กวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคเอสแอลอีมีความสามารถในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านการป้องกันการกำเริบของโรค การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการควบคุมอารมณ์ในระดับดี (พูลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, และวิยะดา ทิพม่อม, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีการศึกษาสูงกว่าระดับภาคบังคับ (ร้อยละ 37.27) ซึ่งการศึกษาระดับนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ปรับตัว เกิดการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ดี สามารถคิดวิเคราะห์ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการรักษา รู้และเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ มีความตระหนักรู้แห่งตน รู้จักแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ และใช้ศักยภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ชัชวาล วงค์สารี, 2561) อีกทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดี การศึกษาจึงจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญา แก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ในการจัดการดูแลเด็กโรคเอสแอลอีและทำให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีได้ (Grey et al., 2006) ทำให้ไม่เกิดความยากลำบากของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนาภา ศุภบูรณ์ (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheng, Ma, Ding, and Zhang (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว และระดับการศึกษาที่สูงของมารดาสามารถทำนายการจัดการครอบครัวได้

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีทรัพยากรในการดูแลสุขภาพมากกว่า ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดูแลเด็ก ส่งผลให้สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยและลดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตครอบครัวได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (Knafl et al., 2013) อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001–15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.67) ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ จึงอาจเป็นปัจจัยที่จำกัดศักยภาพในการจัดการครอบครัว ส่งผลให้ภาพรวมของการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีปัจจัยสนับสนุนด้านอื่น เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ประสบการณ์ชีวิตที่เอื้อต่อการดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาดน, สุธิศา ล่ามช้าง, และฐิติมา สุขเลิศตระกูล (2563) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคเอสแอลอีส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องการความเห็นอกเห็นใจ คำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลเด็ก รวมทั้งความช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่าในระดับสูง และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัวเป็นสำคัญ การจัดการครอบครัวจึงอยู่ภายใต้การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้

เกิดการจัดการครอบครัวที่ดี ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจและมีคุณค่า (Ikiz & Cakar, 2010)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี แสดงว่า ไม่ว่าเด็กโรคเอสแอลอีจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากหรือน้อย การจัดการครอบครัวก็ไม่แตกต่างกัน โดยเด็กโรคเอสแอลอีมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1–3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.01) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2 ปี 9 เดือน อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากกว่า 1 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ มีความรู้จากการดูแลเด็กโรคเอสแอลอีอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคเอสแอลอี ประกอบกับระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดี สามารถดูแลเด็กให้เข้ากับชีวิตประจำวันของครอบครัวได้โดยไม่ยากลำบาก สามารถเข้าใจโรคและจัดการกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า 30 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ (ชัชวาล วงค์สารี, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาดน และคณะ (2563) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี แสดงว่า แม้ว่าเด็กโรคเอสแอลอีจะมีอาการของโรครุนแรงมาก แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรสที่เพียงพอ และผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่าสูง จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการจัดการครอบครัว อีกทั้งบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษามีคลินิกเฉพาะในการรักษาเด็กโรคเอสแอลอี ผู้ดูแลจึงอาจได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริกรานต์ สุทธิสมพร, สุธิศา ล่ามช้าง, และอุษณีย์ จินตะเวช (2563) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัว และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี วัฒนชัย, พัชราภรณ์ อารีย์, และสุธิศา ล่ามช้าง (2559) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอีให้มีความสามารถในการจัดการครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ควรให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับบริบท พร้อมทั้งสนับสนุนด้านสวัสดิการ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคเอสแอลอี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี โดยคัดสรรตัวแปรต่างๆ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเอสแอลอี

เอกสารอ้างอิง

กาญจนาภา ศุภบูรณ์. (2564). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขนิษฐา หะยีมะแซ. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชัชวาล วงค์สารี. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *30*(3), 66–77.

นันทนา กสิตานนท์. (บ.ก.). (2560). *โรคลูปัส (Systemic lupus erythematosus)*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

ปาณิสรา กิจเจริญรุ่งโรจน์, ชยนุช ไชยรัตนะ, นันทกา สวัสดิพานิช, และธวัชชัย ดีขจรเดช. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในเด็กวัยรุ่นโรคเอสแอลอี. *วารสารสภาการพยาบาล*, *39*(1), 16–32. doi:10.60099/jtnmc.v39i01.266616

ปิยะนุช แหน่งเพ็ชร, บุศรา หมื่นศรี, และจารุวรรณ มานะสุรการ. (2560). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. ใน *เอกสารการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8* (น. 39–48). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

พัชรี วัฒนชัย, พัชราภรณ์ อารีย์, และสุธิศา ล่ามช้าง. (2559). ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. *พยาบาลสาร*, *43*(2), 1–12.

พูลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, และวิยะดา ทิพม่อม. (2561). การจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *41*(2), 11–19.

ภัทร์ภร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ธีระรังสิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *11*(1), 151–162.

วัชรีวรรณ สนธิชัย. (2563). *Childhood-onset systemic lupus erythematosus (SLE)*. สืบค้นจาก http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/43/292

ศิริลักษณ์ สุมาดน, สุธิศา ล่ามช้าง, และฐิติมา สุขเลิศตระกูล. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *12*(1), 148–160.

สิริกรานต์ สุทธิสมพร, สุธิศา ล่ามช้าง, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2563). ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด. *พยาบาลสาร*, *47*(4), 27–38.

สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุโรจน์ ศุภเวคิน. (2557). โรคลูปัสในเด็กและวัยรุ่น. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, วรวิทย์ เลาห์เรณู, และณัฏฐิยา หิรัญกาญจน์ (บ.ก.), *ตำราโรคลูปัส* (น. 597–632). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

อรอนงค์ ชาวส้าน, อุษณีย์ จินตะเวช, และสุธิศา ล่ามช้าง. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. *พยาบาลสาร*, *47*(3), 27–39.

Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, *54*(5), 278–286. doi:10.1016/j.outlook.2006.06.004

Harry, O., Yasin, S., & Brunner, H. (2018). Childhood-onset systemic lupus erythematosus: A review and update. *The Journal of Pediatrics*, *196*, 22–30.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.045

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

Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *5*, 2338–2342. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.460

Jönsen, A., Hjalte, F., Willim, M., Carlsson, K. S., Sjöwall, C., Svenungsson, E., … Nived, O. (2016). Direct and indirect costs for systemic lupus erythematosus in Sweden. A nationwide health economic study based on five defined cohorts. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *45*(6), 684–690. doi:10.1016/j.semarthrit.2015.11.013

Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, *18*(1), 11–34. doi:10.1177/1074840711427294

Knafl, K. A., Deatrick, J. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., & Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*, *28*(6), 523–535. doi:10.1016/j.pedn.2013.03.006

Massias, J. S., Smith, E. M. D., Al-Abadi, E., Armon, K., Bailey, K., Ciurtin, C., … Hedrich, C. M. (2020). Clinical and laboratory characteristics in juvenile-onset systemic lupus erythematosus across age groups. *Lupus*, *29*(5), 474–481. doi:10.1177/0961203320909156

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care*, *22*(3), 470–485. doi:10.1177/1367493517753712

Sutthisompohn, S., & Kusol, K. (2021). Association between caregivers' family management and quality of life in children with chronic disease in southern Thailand. *Patient Preference and Adherence*, *15*, 2165–2174. doi:10.2147/PPA.S327553

Tang, S. P., Lim, S. C., & Arkachaisri, T. (2021). Childhood-onset systemic lupus erythematosus: Southeast Asian perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(4), 559. doi:10.3390/jcm10040559

Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study. *Journal of Pediatric Nursing*, *30*(1), 160–173. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.002

รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ*

Effectiveness of the Surgical Site Infection Prevention Program among Operating Room Nurses in a Tertiary Hospital*

กมลชนก ภูริภัตราวัฒน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) [1]

Kamonchanok Puripattrawat, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) [1]

นงค์คราญ วิเศษกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [2] นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา) [3]

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

Received: July 26, 2023 Revised: May 23, 2026 Accepted: May 24, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: viseskul@gmail.com

[3] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Faculty of Nursing, Shinawatra University: Co-advisor

และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.859, $p < .001$ และ Z = -4.337, $p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.644, $p < .001$ และ Z = -5.218, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดนี้ไปใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด พยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of the surgical site infection (SSI) prevention program among operating room nurses in a tertiary hospital. The sample consisted of 50 operating room nurses in a tertiary hospital of northern Thailand. They were equally divided into an experimental group (n = 25) and a control group (n = 25). The research instruments included the SSI prevention program, a demographic data questionnaire, an SSI prevention knowledge test with a reliability of .87, and an SSI prevention practice questionnaire with a reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from October 2022 to January 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Fisher's exact 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 higher score of SSI prevention knowledge and SSI prevention practice than before the experiment (Z = -2.859, $p < .001$; and Z = -4.337, $p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher score of SSI prevention knowledge and SSI prevention practice than the control group (Z = -3.644, $p < .001$; and Z = -5.218, $p < .001$, respectively).

This research suggests that nurse executives should implement this SSI prevention program with operating room nurses to increase their SSI prevention knowledge and

practice.
Keywords: Program, Knowledge, Practices, Surgical site infection prevention, Nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคหรืออวัยวะที่มีการบาดเจ็บเฉียบพลันหรือผู้ป่วยรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่หายขาด โดยมีการเปิดผิวหนังเข้าสู่อวัยวะเพื่อผ่าตัดหรือซ่อมแซมอวัยวะที่เกิดโรคหรือเสียหาย (American College of Surgeons, 2007) ซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ การผ่าตัดที่ปลอดภัยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ (Badia et al., 2017) โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดประมาณ 313 ล้านคนทั่วโลก (Weiser et al., 2008) ในประเทศอังกฤษ เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 2018 มีการผ่าตัดทั้งหมด 79,694 ครั้ง และพบการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 14.50 (Serracant et al., 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของประเทศกำลังพัฒนา ในช่วงปี ค.ศ. 2000–2017 ที่ศึกษาเฉพาะการผ่าตัดที่มีบาดแผลสะอาดและบาดแผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 6 (Curcio, Cane, Fernández, & Correa, 2019) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของโรงพยาบาลทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 13.53 (นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2561) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีจำนวนมากและมีโอกาสติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดอันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกประเภท (Suetens et al., 2018) ซึ่งการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดอาจส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และประเทศชาติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสามารถแบ่งตามหลักระบาดวิทยาได้ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (host) ด้านเชื้อก่อโรค (agent) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต เช่น บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งต้องมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด รวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดควรมีประสบการณ์การทำงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้อง ซึ่งหากพยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ จากการศึกษาในประเทศสวีเดน ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า การฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนผ่าตัดจะช่วยลดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ร้อยละ 25.90 (Wistrand, Falk-Brynhildsen, & Nilsson, 2018)

พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หรือตามแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัดและเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดี เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยได้มีการนำแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา (Association of PeriOperative Registered Nurses [AORN]) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ประกอบด้วย 5 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด 2) การสวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้อ 3) การปูผ้าปราศจากเชื้อและการคงสภาพความปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัด 4) การเปิดห่อเครื่องมือและการตรวจสอบความปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด และ 5) การป้องกันสิ่งแปลกปลอมค้างในร่างกายผู้ป่วย (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล,

2561; AORN, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในบางประเด็นเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยการศึกษาในประเทศอียิปต์ ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่ถูกต้อง ในประเด็นการสวมเสื้อกาวน์ปราศจากเชื้อ ร้อยละ 86.30 และการทำความสะอาดมือก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 83.30 และมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่ถูกต้อง ในประเด็นการทำความสะอาดมือก่อนการผ่าตัดและเทคนิคปราศจากเชื้อ ร้อยละ 13.10 (Mohsen, Riad, & Badawy, 2020) จะเห็นได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดยังมีความรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

การส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องมีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ Green and Kreuter (2005) ได้เสนอแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งในระยะที่ 3 และระยะที่ 5 ของแนวคิด (ระยะที่ 3 เป็นการประเมินสาเหตุของการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ และระยะที่ 5 เป็นการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้) สามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ดังการศึกษาของมรกต ดอกแก้ว, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงค์คราญ วิเศษกุล (2566) ที่พบว่าหลังการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลในการลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบอื่น ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

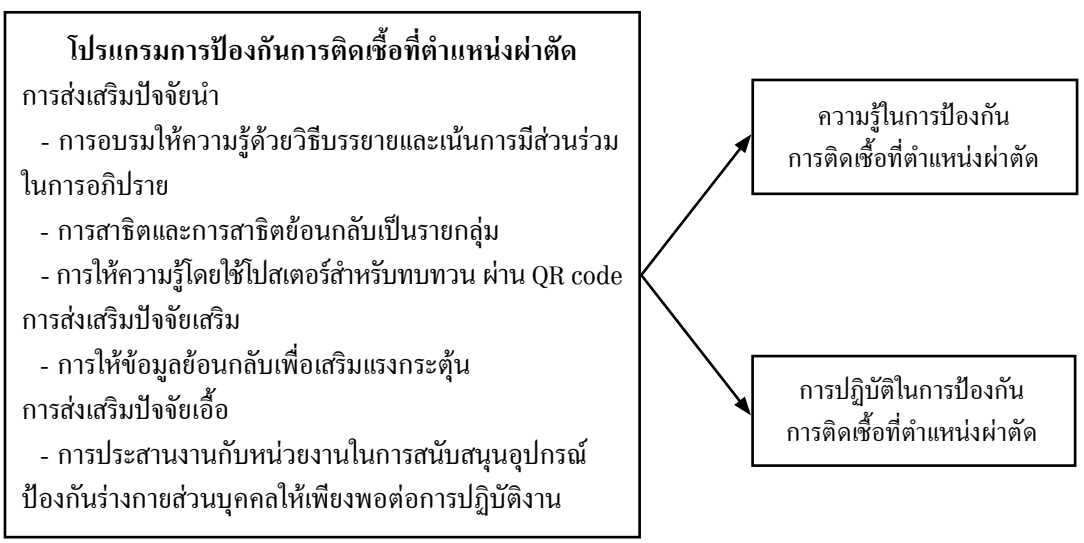
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่ง

ผ่าตัด โดยนำระยะที่ 3 และ 5 ของแนวคิด มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมปัจจัยนำ โดยการอบรมให้ความรู้ด้วยวิธีบรรยาย และเน้นการมีส่วนร่วมในการอภิปราย มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นรายกลุ่ม รวมทั้งการให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์สำหรับทบทวนผ่าน QR code ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อุบัติการณ์ การวินิจฉัย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด 5 หมวดกิจกรรม (AORN, 2018) 2) การส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นการเสริมแรงกระตุ้นที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของพยาบาลห้องผ่าตัด และเกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้อง และ 3) การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยการประสานงานกับหน่วยงานในการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หากพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ดังกล่าวแล้ว น่าจะทำให้มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 6 เดือน 2) ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการบริหารเป็นหลัก ได้แก่ หัวหน้าหน่วย ผู้ตรวจการ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น 3) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตาราง statistical power table ของ Kraemer and Thiemann (1987 as cited in Burns & Grove, 2009) แบบการทดสอบทางเดียว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Burns & Grove, 2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อ และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามอายุ (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระดับการศึกษา (ระดับใกล้เคียงกัน) และประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ดังนี้

1.1 การส่งเสริมปัจจัยนำ โดยผู้วิจัยจัดการอบรมให้ความรู้ด้วยวิธีบรรยายโดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยท์ และเน้นการมีส่วนร่วมในการอภิปราย ทำการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด รวมทั้งการให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์สำหรับการทบทวนด้วยตนเองผ่าน QR code ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อุบัติการณ์ การวินิจฉัย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด 5 หมวดกิจกรรม (AORN, 2018) ทั้งนี้ ผู้วิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเรียนรู้และการเปิดโอกาสให้ทบทวนเนื้อหาด้วยตนเอง

1.2 การส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นรายบุคคลหลังจากปฏิบัติกิจกรรมเสร็จสิ้น ซึ่งผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด และมีการบันทึกในแบบบันทึกการให้ข้อมูลย้อนกลับ

1.3 การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และมีการติดตามเพื่อให้อุปกรณ์มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย

สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แบบวัดของจิรสุดา จิตตปัญญา (2563) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด การสวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้อ การปูผ้าปราศจากเชื้อและการคงสภาพความปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัด การเปิดห่อเครื่องมือและการตรวจสอบความปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด และการป้องกันสิ่งแปลกปลอมค้างในร่างกายผู้ป่วย รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–30 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของจิรสุดา จิตตปัญญา (2563) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด จำนวน 13 ข้อ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้อ จำนวน 13 ข้อ การปูผ้าปราศจากเชื้อและการคงสภาพความปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัด จำนวน 15 ข้อ การเปิดห่อเครื่องมือและการตรวจสอบความปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ และการป้องกันสิ่งแปลกปลอมค้างในร่างกายผู้ป่วย จำนวน 32 ข้อ รวมจำนวน 89 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–267 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติในการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติในการป้องกันฯ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (2 คน) และพยาบาลห้องผ่าตัด (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .87 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 087/2565 วันที่ 13 กันยายน 2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 117/65 วันที่ 26 ตุลาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของห้องผ่าตัด ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1–2) เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบสอบถามและแบบวัดใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ จากนั้นให้ได้รับความรู้หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องตามปกติ (สัปดาห์ที่ 3–8)

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของห้องผ่าตัด ให้ตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9–10) เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบวัดและแบบสอบถามใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของห้องผ่าตัด ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1–2) เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบสอบถามและแบบวัดใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของห้องผ่าตัด ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (สัปดาห์ที่ 3–8) ดังนี้

5.1 ในสัปดาห์ที่ 3–4 ผู้วิจัยให้จัดกลุ่มตามความสะดวก กลุ่มละ 5 คน ดำเนินการอบรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดด้วยวิธีบรรยาย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ร่วมอภิปรายประเด็นปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ใช้เวลากลุ่มละ 30–45 นาทีในเวรเช้า นอกจากนี้ยังมีการจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ผ่าน QR code สำหรับการทบทวนด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยทำการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ใช้เวลากลุ่มละ 30–45 นาทีในเวรเช้า

5.2 ในสัปดาห์ที่ 5–8 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของกลุ่มทดลองในเวรเช้า เวรบ่าย และ/หรือเวรดึก และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลในช่วงเวลา 08.00–16.00 น. โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลย้อนกลับ และปิดผนึกโดยใช้ลวดเย็บกระดาษ ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้จากแบบวัดความรู้ฯ และแบบสอบถามการปฏิบัติฯ ร่วมกับผลการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในกิจกรรมย่อยของแต่ละหมวดกิจกรรม และการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุง พร้อมข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละ

สัปดาห์

5.3 สัปดาห์ที่ 3–8 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และมีการติดตามเพื่อให้อุปกรณ์มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของห้องผ่าตัด ให้ตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9–10) เมื่อตอบเสร็จให้นำแบบวัดและแบบสอบถามใส่ในซอง ปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้แก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 (M = 35, SD = 10.01, Med = 31) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 (M = 10.12, SD = 6.69, Med = 8) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 (M = 10.80, SD = 6.94, Med = 9) และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 (M = 34.52, SD = 8.36, Med = 31) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 (M = 10.12, SD = 5.93, Med = 9) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 (M = 10.52, SD = 5.72, Med = 9) และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 52 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.859, p < .001 และ Z = -4.337, p < .001 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	**ก่อนการทดลอง** (n = 25)		**หลังการทดลอง** (n = 25)		**Wilcoxon signed-rank test**	
	Med	IQR	Med	IQR	Z	*p*
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	16.00	8.00	26.00	2.00	-2.859	< .001
การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	194.00	8.00	265.00	2.00	-4.337	< .001

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.644, $p < .001$ และ Z = -5.218, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง** (n = 25)		**กลุ่มควบคุม** (n = 25)		**Mann-Whitney U test**	
	Med	IQR	Med	IQR	Z	*p*
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	16.00	8.00	18.00	9.00	-.317	.374
การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	194.00	8.00	195.00	7.00	-.451	.163
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	26.00	2.00	17.00	8.00	-3.644	< .001
การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	265.00	2.00	194.00	7.00	-5.218	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องประกอบด้วยการส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยทั้งสามปัจจัยล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป ในการส่งเสริมปัจจัยนำนั้น ผู้วิจัยได้จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดด้วยวิธีบรรยายโดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยท์ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย และมีการให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์สำหรับการทบทวนด้วยตนเอง ผ่าน QR code ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้เนื้อหาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และทักษะอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลายเป็นการส่งเสริมปัจจัยนำตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดแรงจูงใจภายในและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่วนการส่งเสริมปัจจัยเสริม ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นการเสริมแรงให้กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ไปในทิศทางที่ดีมากขึ้น จึงทำให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร เดชศรี, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงค์คราญ วิเศษกุล (2564) ที่พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การดำเนินโปรแกรมตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model สามารถเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องให้แก่พยาบาลได้ ซึ่งความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาล หากพยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) นั้น ผู้วิจัยมีการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประเด็นปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้ง 5 หมวดกิจกรรม อีกทั้งผู้วิจัยมีการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของกลุ่มทดลอง และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในกิจกรรมย่อยของแต่ละหมวดกิจกรรม และการปฏิบัติ

ที่ต้องปรับปรุง พร้อมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางแก้ไข ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการปรับปรุงการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของตนเองให้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการส่งเสริมปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม อาจรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่มีในหน่วยงานให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อเอื้อต่อการเชื่อมโยงความรู้ที่ได้รับสู่การลงมือปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมรกต ดอกแก้ว และคณะ (2566) ที่พบว่า หลังการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร เดชศรี และคณะ (2564) ที่พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) เป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลในการลดอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดนี้ไปใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีการวัดผลซ้ำในระยะยาวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งควรมีการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

จิรสุดา จิตตปัญญา. (2563). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2561). *ความปลอดภัยในการผ่าตัด*. เชียงใหม่: โชตนาพริ้นท์.

นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2561). ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, *24*(2), 78–95.

ประภัสสร เดชศรี, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงค์คราญ วิเศษกุล. (2564). ผลของกลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, *48*(3), 154–166.

มรกต ดอกแก้ว, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงค์คราญ วิเศษกุล. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, *34*(2), 69–83.

American College of Surgeons. (2007). *Definition of surgery*. Retrieved from https://www.facs.org/-/media/files/advocacy/state/definition-of-surgery-legislative-toolkit.ashx

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2018). *Perioperative standards and recomended practices*. Retrieved from https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aorn.12121

Badia, J. M., Casey, A. L., Petrosillo, N., Hudson, P. M., Mitchell, S. A., & Crosby, C. (2017). Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: A systematic review in six European countries. *The Journal of Hospital Infection*, *96*(1), 1–15. doi:10.1016/j.jhin.2017.03.004

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

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

Curcio, D., Cane, A., Fernández, F., & Correa, J. (2019). Surgical site infection in elective clean and clean-contaminated surgeries in developing countries. *International Journal of Infectious Diseases*, *80*, 34–45. doi:10.1016/j.ijid.2018.12.013

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Mohsen, M., Riad, N., & Badawy, A. (2020). Compliance and barriers facing nurses with surgical site infection prevention guidelines. *Open Journal of Nursing*, *10*(1), 15–33. doi:10.4236/ojn.2020.101002

Serracant, A., Serra-Aracil, X., Mora-López, L., Pallisera-Lloveras, A., Serra-Pla, S., Zárate-Pinedo, A., & Navarro-Soto, S. (2019). The effectiveness of contralateral drainage in reducing superficial incisional surgical site infection in loop ileostomy closure: Prospective, randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*, *43*(7), 1692–1699. doi:10.1007/s00268-019-04972-6

Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., … Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, *23*(46), 1800516. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *The Lancet*, *372*(9633), 139–144. doi:10.1016/S0140-6736(08)60878-8

Wistrand, C., Falk-Brynhildsen, K., & Nilsson, U. (2018). National survey of operating room nurses' aseptic techniques and interventions for patient preparation to reduce surgical site infections. *Surgical Infections*, *19*(4), 438–445. doi:10.1089/sur.2017.286

รายงานการวิจัย

ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์*

Person-Environment Fit and Innovative Work Behaviors among Nurses in Regional Hospitals*

ศิรินันท์ แก้วนิ่ม, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) [1]

Sirinun Keawnim, M.N.S. (Nursing Administration) [1]

กุลวดี อภิชาติบุตร, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [2] อรอนงค์ วิชัยคำ, Ph.D. (Nursing) [3]

Kulwadee Abhicharttibutra, Ph.D. (Nursing) [2] Orn-Anong Wichaikhum, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: April 1, 2026 Revised: May 19, 2026 Accepted: June 6, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ 3 แห่ง รวมจำนวน 394 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .87–.94 และแบบวัดพฤติกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1] Master, Program in Nursing Administration, 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: akulwadee@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

สร้างสรรค์ตามการรับรู้ของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน คะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร ในระดับสูง (M = 5, SD = .79; M = 5.13, SD = .73 และ M = 5.11, SD = .78 ตามลำดับ) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง (M = 25.78, SD = 5.41) ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .350, p < .001; r_s = .280, p < .001 และ r_s = .330, p < .001 ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลศูนย์ พยาบาล

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study person-job fit, person-group fit, person-organization fit, innovative work behaviors, and the relationships among person-job fit, person-group fit, and person-organization fit with innovative work behaviors among nurses in regional hospitals. The sample consisted of 394 nurses working in three regional hospitals of northern Thailand. The research instruments included a demographic data questionnaire, the Perceived Person-Environment Fit Scale (PPEFS) with the reliabilities in the range of .87–.94, and the Innovative Behavior Scale with a reliability of .87. Data were collected in June 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that nurses had mean scores of person-job fit, person-group fit, and person-organization fit at a high level (M = 5, SD = .79; M = 5.13, SD = .73; and M = 5.11, SD = .78, respectively). Also, they had a mean score of innovative work behaviors at a high level (M = 25.78, SD = 5.41). Person-job fit, person-group fit, and person-organization fit were positively statistically significantly related to innovative work behaviors among nurses (r_s = .350, p < .001; r_s = .280, p < .001; and r_s = .330, p < .001, respectively).

This research suggests that nurse executives should promote nurses to have person-job

fit, person-group fit, and person-organization fit through various strategies to increase innovative work behaviors among nurses.

Keywords: Innovative work behaviors, Person-environment fit, Regional hospitals, Nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกปัจจุบันเต็มไปด้วยสถานการณ์ที่ซับซ้อน ไม่แน่นอน และคลุมเครือ ทำให้องค์กรต้องปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงด้วยนวัตกรรมและการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ด้วยเหตุนี้ ทุกองค์กรต่างให้ความสำคัญกับนวัตกรรมและพฤติกรรมการทำงาน เนื่องจากนวัตกรรมมีผลต่อการพัฒนาบุคคลและองค์กร การเพิ่มศักยภาพการใช้ความรู้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการตอบสนองต่อความต้องการ ความเปลี่ยนแปลง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพิ่มความสามารถในการแข่งขันและความอยู่รอดขององค์กร (Sartori, Costantini, Ceschi, & Tommasi, 2018) สำหรับในประเทศไทย นโยบายประเทศไทย 4.0 ได้มุ่งเน้นการเป็นประเทศที่มีความมั่งคั่งและยั่งยืน โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์ จึงต้องมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมเพื่อเพิ่มการขับเคลื่อนและนำพาองค์กรไปสู่เป้าหมายด้านนวัตกรรม (เรณู พุกบุญมี, 2561)

พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม (innovative work behaviors) หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกทางความคิด การให้ข้อเสนอแนะของบุคคล เพื่อการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่มีประโยชน์ต่อกลุ่มงาน องค์กร รวมทั้งการส่งเสริมจูงใจให้ผู้อื่นเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม โดยจำแนกพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ 1) การแสวงหาโอกาสทางความคิด (idea exploration) หมายถึง การมองหาโอกาสหรือค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสำรวจความคิดใหม่ ๆ เพื่อระบุปัญหาหรือหาแนวทางการพัฒนา 2) การสร้างความคิด (idea generation) หมายถึง การคิดค้นผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงกระบวนการทำงาน 3) การสนับสนุนความคิด (idea championing) หมายถึง การสนับสนุนความคิดนั้นให้เกิดการยอมรับในองค์กร การค้นหาการสนับสนุน การสร้างพันธมิตร และดึงดูดผู้คนที่เหมาะสมเข้ามามีส่วนร่วม และ 4) การนำความคิดลงสู่การปฏิบัติจริง (idea implementing) หมายถึง การนำผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการไปใช้ในงานประจำอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการทดสอบและปรับปรุง (Jong & Hartog, 2010)

พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมส่งผลให้บุคคลในองค์กรเกิดการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง สามารถแก้ไขปัญหา และทำงานที่มีความซับซ้อนให้ง่ายลงได้ ลดค่าใช้จ่าย ลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการทำงาน สามารถให้บริการได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านผลผลิตและกระบวนการ หรือมีวิธีการทำงานใหม่ ๆ ที่ดีขึ้น เกิดการพัฒนาองค์กรแบบยั่งยืนและต่อเนื่อง ซึ่งในวิชาชีพการพยาบาล นวัตกรรมทำให้องค์การพยาบาลเกิดการพัฒนา (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2559) สามารถสร้างและอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ ตอบสนองผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและเหมาะสม (Afsar, Cheema, & Bin Saeed, 2018) ก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ คุ้มค่าคุ้มทุน รวมถึงผลลัพธ์ในการดูแลผู้รับบริการที่ดีขึ้น สามารถช่วยในการบริหารจัดการ การดูแลคุณภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Masood &

Afsar, 2017) นอกจากนี้ผู้บริหารองค์กรการพยาบาลยังสามารถนำแนวคิดพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมมาขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรพยาบาลให้บรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ทำให้องค์กรการพยาบาลเกิดผลลัพธ์ทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล (นิตยา ณนอมศักดิ์ศรี, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และนฤมล ปทุมารักษ์, 2562) จึงเป็นความสำคัญที่องค์กรการพยาบาลต้องส่งเสริมการมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมสำหรับพยาบาล เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน สร้างจุดยืนและความมั่นคงให้องค์กรในระยะยาว (Cormican & O'Sullivan, 2004) รวมทั้งสร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กร

ทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (The Person-Environment Fit Theory) กล่าวว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (person-environment fit) ส่งผลต่อแรงจูงใจ พฤติกรรม และสุขภาพจิตและร่างกายโดยรวมของบุคคลนั้น พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมจึงเกี่ยวข้องกับความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ การที่คุณลักษณะส่วนบุคคลเข้ากันได้ดีกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน (person-job fit) คือ การที่คุณลักษณะส่วนบุคคลตรงตามคุณลักษณะความต้องการของงาน เช่น ทักษะความเชี่ยวชาญ หรือคุณลักษณะความต้องการของงานนั้นตอบสนองความต้องการของบุคคล เช่น การทำงานที่ท้าทาย 2) ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม (person-group fit) หมายถึง การที่บุคคลและเพื่อนร่วมงานมีความสนใจคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะมุ่งเน้นเรื่องความสัมพันธ์หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร (person-organization fit) หมายถึง การที่ค่านิยม วัฒนธรรม หรือบรรยากาศ รวมทั้งเป้าหมายของบุคคลและองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Kristof-Brown & Guay, 2011)

โรงพยาบาลศูนย์เป็นสถานบริการระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในลักษณะเฉพาะโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี มากกว่าบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนทั้งความรู้ ทักษะ การผลิต การนำเทคโนโลยีมาใช้ การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ มุ่งเน้นสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ มีกลยุทธ์เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินการของโรงพยาบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการบริหารจัดการเชิงสร้างสรรค์ เน้นการดำเนินงานเชิงบูรณาการและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน บุคลากรทุกคนจึงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย การพัฒนาพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมจึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์มีโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยและโครงการพัฒนานวัตกรรมมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการทำโครงการหลายด้าน เช่น พยาบาลมีภาระงานและมีปริมาณผู้รับบริการมาก ไม่สามารถใช้เวลาปฏิบัติงานแสวงหาโอกาสหรือค้นหาปัญหาที่ต้องการพัฒนา หรือความคิดที่สร้างขึ้นนั้นไม่ตอบสนองต่อปัญหาหรืออุบัติการณ์ การขาดเวทีในการนำเสนอ การไม่ได้รับความร่วมมือในการนำไปปรับใช้ในองค์กร รวมทั้งการมีทรัพยากรที่จำกัด ไม่สามารถสนับสนุนนวัตกรรมที่พยาบาลสร้างขึ้นได้อย่างเต็มที่ ความคิดใหม่ๆ มักไม่สอดคล้องกับความคิดเดิมในองค์กรและมีการต่อต้าน รวมทั้งขาดการตรวจสอบการติดตามและปรับปรุงนวัตกรรม อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือยังคงต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับระบบการให้บริการ การปฏิบัติงาน และ

การบริหารจัดการในโรงพยาบาล ปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันหรือปรับปรุงได้โดยการสร้างนวัตกรรม ซึ่งมีประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เกิดกระบวนการ/วิธีการทำงานใหม่ ๆ ช่วยลดความแออัด หรือความผิดพลาดทางการแพทย์ ลดระยะเวลา และเสริมสร้างความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค เกิดการพัฒนาศักยภาพขององค์กร (กัญชพร กลิ่นศรีสุข, การุณย์ ประทุม, และกมล เสวตสมบูรณ์, 2568) โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กรสามารถเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ และเกิดการบริการสุขภาพที่มีความเป็นเลิศแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

สมมติฐานการวิจัย

ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม ของ Jong and Hartog (2010) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การแสวงหาโอกาสทางความคิด การสร้างความคิด การสนับสนุนความคิด และการนำความคิดลงสู่การปฏิบัติจริง และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ของ Kristof-Brown and Guay (2011) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร โดยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่องานที่ได้รับมอบหมาย และใช้ความรู้ความสามารถที่ตนมีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ เกิดการปรับตัว มีการคิด ค้นหาโอกาส ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างอิสระด้วยความสมัครใจ และเกิดพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลในสังกัดโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 908 คน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 1,033 คน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1,058 คน โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 917 คน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 753 คน และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 858 คน รวมจำนวน 5,527 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่สังกัดในปัจจุบันไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2) ไม่ใช่ผู้บริหารทางการพยาบาล 3) ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ ลาป่วย หรือลาคลอด และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 373 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 448 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกโรงพยาบาล 3 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 163 คน 147 คน และ 138 คน ตามลำดับ จากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มงานการพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กลุ่มงานการพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวนผลงาน/นวัตกรรม และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (the Perceived Person-Environment Fit Scale [PPEFS]) ของ Chuang, Shen, and Judge (2016) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยทำการแปลย้อนกลับตามขั้นตอนของนันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์ (2554) ประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุดย่อย รวมจำนวน 21 ข้อ ดังนี้ (1) แบบวัดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน (the Person-Job Fit Scale [PJFS]) จำนวน 4 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .79 (2) แบบวัดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม (the Person-Group Fit Scale

[PGFS]) จำนวน 10 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .68 และ (3) แบบวัดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร (the Person-Organization Fit Scale [POFS]) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .75 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1–7 ได้แก่ ไม่มีความสอดคล้องตรงกันเลย มีความสอดคล้องตรงกันน้อยที่สุด มีความสอดคล้องตรงกันน้อย มีความสอดคล้องตรงกันปานกลาง มีความสอดคล้องตรงกันมาก มีความสอดคล้องตรงกันมากที่สุด และมีความสอดคล้องตรงกันทั้งหมด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสอดคล้องในระดับต่ำที่สุด (1.00–2.20 คะแนน) ในระดับต่ำ (2.21–3.40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3.41–4.60 คะแนน) ในระดับสูง (4.61–5.80 คะแนน) และในระดับสูงที่สุด (5.81–7.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสร้างสรรค์ตามการรับรู้ของพยาบาล ของพัชราภรณ์ สว่างวัน (2556) ซึ่งแปลจากแบบวัดพฤติกรรมเชิงนวัตกรรม ของ Jong and Hartog (2010) ประกอบด้วย พฤติกรรมการแสวงหาโอกาสทางความคิด จำนวน 2 ข้อ พฤติกรรมการสร้างความคิด จำนวน 3 ข้อ พฤติกรรมการสนับสนุนความคิด จำนวน 2 ข้อ และพฤติกรรมการนำความคิดลงสู่การปฏิบัติจริง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0–4 ได้แก่ ไม่เคยแสดงพฤติกรรมเลย แสดงพฤติกรรมนาน ๆ ครั้ง แสดงพฤติกรรมบางครั้ง แสดงพฤติกรรมบ่อยครั้ง และแสดงพฤติกรรมทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับต่ำที่สุด (0–8.99 คะแนน) ในระดับต่ำ (9.00–16.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17.00–24.99 คะแนน) ในระดับสูง (25.00–32.99 คะแนน) และในระดับสูงที่สุด (33.00–40.00 คะแนน) มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 (Jong & Hartog, 2010)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และแบบวัดพฤติกรรมสร้างสรรค์ตามการรับรู้ของพยาบาล ไปทดลองใช้กับพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสอดคล้องฯ (มี 3 ค่า) เท่ากับ .87, .94 และ .92 ตามลำดับ และของแบบวัดพฤติกรรมสร้างสรรค์ฯ เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 125/2566 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ EC CRH 025/67 Ex วันที่ 1 มิถุนายน 2567) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 023/67 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ COE No.20/2567 วันที่ 29 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์

ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล อธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจัดส่งแบบสอบถาม แบบวัด เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมซองสีน้ำตาล 2 ซอง (สำหรับใส่แบบสอบถามและแบบวัด แยกจากเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย) ให้ผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ จากนั้นผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ พร้อมแจ้งให้อ่านเอกสารชี้แจงและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วมอบแบบสอบถามและแบบวัดให้ตอบภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อตอบเสร็จให้ส่งคืนในกล่องที่จัดเตรียมไว้ในหอผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยไปรับแบบสอบถาม แบบวัด และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คืนจากผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ข้อมูลความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และข้อมูลความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 394 คน คิดเป็นร้อยละ 87.95

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.43 มีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.64 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.18 ปี (*SD* = 9.57) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.40 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.34 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.95 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.05 ปี (*SD* = 9.52) มีผลงาน/นวัตกรรม คิดเป็นร้อยละ 39.34 โดยในกลุ่มที่มีผลงาน/นวัตกรรม (n = 155) มีจำนวนผลงาน/นวัตกรรมเฉลี่ย 1.39 ชิ้น (*SD* = .49) และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม คิดเป็นร้อยละ 56.60

2. ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร ของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานในระดับสูง (*M* = 5, *SD* = .79) มีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่มในระดับสูง (*M* = 5.13, *SD* = .73) และมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรในระดับสูง (*M* = 5.11, *SD* = .78)

3. พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.27 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง (*M* = 25.78, *SD* = 5.41)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาล พบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและ

งาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .350$, $p < .001$; $r_s = .280$, $p < .001$ และ $r_s = .330$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาล (n = 394)

ตัวแปร	พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม	
	r_s	p
ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน	.350	< .001
ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม	.280	< .001
ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร	.330	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.40) และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.05 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่เหมาะสมกับงาน สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ตามเป้าหมายของงาน ดังการศึกษาของ Bui, Zeng, and Higgs (2017) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีผลต่อความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนทั้งด้านความรู้ ทักษะ การผลิต การใช้ และการสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลลำปางได้จัดเวทีตลาดนัดความรู้การพยาบาล ทำให้พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ เกิดการพัฒนาตนเอง มีความเชี่ยวชาญในงานมากขึ้น ได้รับแนวคิด/วิธีการใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหา สามารถหาวิธีการ/แนวทางแก้ไขปัญหาในงานได้ดียิ่งขึ้น โดยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมสามารถตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกัน และงานตอบสนองต่อความปรารถนาของบุคคล (Kristof-Brown & Guay, 2011) จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่มในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ มีการทำงานแบบเป็นทีม เช่น มีการจัดตั้งคณะทำงานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) คณะทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) คณะทำงาน 5ส. รวมทั้งคณะทำงานตามกลุ่มงานและสาขา และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ประชุมวางแผน และทำงานร่วมกัน ตามนโยบายของโรงพยาบาล

ซึ่งทำให้ทุกคนในทีมมีเป้าหมายและวิธีการทำงานที่สอดคล้องในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ ในการบริการผู้ป่วยยังมีทีมนำทางคลินิก มีการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และตัวชี้วัดรายกลุ่มโรค รวมทั้งมีการวางแผนพัฒนาระบบงาน กำกับดูแล กระตุ้น ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน อันเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลและสหวิชาชีพเกิดความสามัคคี ร่วมมือกันดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการทำงานเป็นทีมจะบรรลุผลสำเร็จโดยอาศัยความร่วมมือของกลุ่มคน และความกระตือรือร้นในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (ปิยนุช หัตถปนิตย์ และวีกุญญา ลือเลื่อง, 2566) การช่วยเหลือกันในการทำงานส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการที่บุคคลและเพื่อนร่วมงานหรือทีมงานเข้ากันได้ดี เกิดจากความสนใจ ความคล้ายคลึงกันของเพื่อนร่วมงาน (Ryan & Deci, 2000) จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่มในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.18 ปี โดยมีอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 45.68 ซึ่งผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ชีวิตและผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ มา ส่งผลให้เกิดความคิดที่กว้างไกลมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และมีความกังวลเกี่ยวกับค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรมากกว่า (Rauvola, Rudolph, Ebbert, & Zacher, 2020) เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานในองค์กรจะเกิดการปรับตัวในการทำงาน ซึมซับค่านิยมองค์กร เข้าใจวัฒนธรรมและบรรยากาศการทำงาน ปรับพฤติกรรมและวิธีคิดให้สอดคล้องกับองค์กรมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (De Cooman et al., 2009) ทำให้พยาบาลมีค่านิยม เป้าหมาย และวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ยังมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้สมาชิกองค์กรได้รับการสนับสนุน เกิดการเรียนรู้ ปรับตัว พัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างวัฒนธรรมในการทำงานร่วมกัน โดยมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้จัดกิจกรรม Morning Talk สู่ Walk and Talk ทุกสัปดาห์ กิจกรรมสายตรงสู่ผู้อำนวยการ เพื่อให้สมาชิกองค์กรได้รับข่าวสาร และแสดงความคิดเห็น ส่วนโรงพยาบาลลำปางได้จัดกิจกรรมชื่นชมคนดี “โรงพยาบาลคนดี มีคุณธรรม” มหกรรมความสุขทางการเงิน ในกิจกรรม “เติมรัก.. ปันสุข” ซึ่งกิจกรรมลักษณะดังกล่าวช่วยให้บุคคลและองค์กรขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ให้บริการในลักษณะเฉพาะโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี จึงทำให้โรงพยาบาลศูนย์มีการกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินการของโรงพยาบาล อันเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลมองหาโอกาสหรือค้นหาปัญหาในงาน รวมทั้งสำรวจความคิดใหม่ ๆ กระตุ้นให้สร้างความคิดหรือกระบวนการใหม่ ๆ และเผยแพร่ให้เป็นที่รับรู้ของผู้อื่น ส่งผลให้ความคิดนั้นได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งการบริหารจัดการเชิงสร้างสรรค์จะเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย การพัฒนาพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมจึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากนโยบายและกิจกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ส่งผลให้พยาบาลมีการแสวงหาแนวทางและปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการคิด การสร้าง/ค้นหาวิธีการ ผลิตภัณฑ์ในการแก้ไขปัญหาในการทำงานที่นอกเหนือจากงานประจำ ดังที่

Afsar, Badir, and Khan (2015) กล่าวว่า ค่านิยมของบุคคลและองค์กรที่สอดคล้องกันสามารถเพิ่มพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม และส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน

การที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูงยังอาจเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ของบุคลากร เช่น การพัฒนาระบบจัดการความรู้ โครงการพัฒนาการมีหัวใจบริการ (service mind) มีการจัดทำศูนย์ให้ความช่วยเหลือด้านงานวิจัย (clinic research) โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) งานวิจัยและนวัตกรรม (เวทีนำเสนอผลงาน) โครงการแบ่งปันความรู้ด้านงานวิจัย วารสาร และจริยธรรมงานวิจัย โครงการงานประจำสู่งานวิจัย ซึ่งการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ของบุคลากรทำให้พยาบาลเกิดการคิดสิ่งใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และทำให้มีพฤติกรรมการแสวงหาโอกาสทางความคิดและพฤติกรรมการสร้างความคิด โดยอาจเป็นการคิดค้นแนะนำแนวคิด กระบวนการ ผลิตภัณฑ์ หรือขั้นตอนใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์ เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ รวมถึงส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้รับบริการดีขึ้น สามารถช่วยในการบริหารจัดการผู้รับบริการ การดูแลคุณภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Masood & Afsar, 2017)

นอกจากนี้ การที่พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูงยังอาจเนื่องจากพยาบาลได้มีโอกาสนำความคิดที่สร้างขึ้นลงสู่การปฏิบัติให้เป็นงานประจำ รวมทั้งการทดสอบและปรับปรุงผลิตภัณฑ์ เช่น มีการคิดค้นนวัตกรรม “เรียนรู้ก่อน ลดเวลา สวมใส่ N95 อย่างปลอดภัย” โดยได้มีการเผยแพร่วิดีโอให้แต่ละหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร และกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติทั้งองค์กร อีกทั้งยังมีการติดตามและปรับปรุงสำหรับบุคลากรที่ใส่หน้ากากอนามัยแบบ N95 ไม่ได้ และต้องการมาทำการทดสอบความพอดี อีกทั้งพยาบาลมีการประชุมวางแผน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการออกแบบพัฒนานวัตกรรม “ผ้าห่อตัวอุ่นไอรัก” จากนั้นนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประเมินผล พัฒนาปรับปรุงให้นวัตกรรมเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น และมีการเผยแพร่นวัตกรรมโดยนำไปใช้ขณะเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อทารกแรกเกิด และในหอผู้ป่วยหลังคลอด (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2565) จากเหตุผลต่าง ๆ ข้างต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Afsar et al. (2018) ที่พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลปฏิบัติบทบาทหน้าที่โดยใช้ความรู้จากศาสตร์ทั้งด้านการพยาบาลและความรู้ที่เกี่ยวข้องในศาสตร์สาขาอื่น ๆ ตัดสินใจวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ช่วยฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเป็นอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาล (เรณู พุกบุญมี, 2561) ซึ่งบุคคลที่มีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานจะสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ตนมีอยู่เพื่อค้นหาวิธีการทำงาน เทคนิคหรือเครื่องมือใหม่ ๆ ที่ช่วยแก้ไขปัญหาในงานได้อย่างเต็มศักยภาพ รวมทั้งการได้รับการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ทำให้พยาบาลมีอิสระในการคิดสิ่งใหม่ เป็นการเพิ่มโอกาสทางความคิด สอดคล้องกับการศึกษาของอาจารี จิตนุราช (2561) ที่พบว่า พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมได้รับอิทธิพลโดยตรงจากความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน โดยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานสามารถอธิบายพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม

ของพนักงานได้ร้อยละ 33.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pudjiarti and Hutomo (2020) ที่พบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพนักงาน

ผลการวิจัยพบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่บุคคลและเพื่อนร่วมงานหรือทีมงานมีความสนใจ ความคล้ายคลึงกัน และความเข้ากันได้ดี ทำให้เกิดความสอดคล้องทางจิตวิทยาระหว่างเพื่อนร่วมงาน ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาความขัดแย้งในงานได้ มีการแบ่งปันความรู้ เกิดวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยเพื่อนร่วมงานหรือทีมงานที่ดีจะช่วยกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ การผลิต/คิดค้นนวัตกรรม และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ (จำลักษณ์ ขุนพลแก้ว, 2563) รวมถึงพฤติกรรมของผู้บังคับบัญชาที่มีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการสนับสนุนการเสริมสร้างทักษะและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทีมงาน จะส่งผลให้ทีมงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา (นัฐกานต์ ฐิติจำเริญพร และกัลยกิตติ์ กีรติอังกูร, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ถึงค่านิยม เป้าหมาย บุคลิกภาพ วัฒนธรรม มาตรฐาน และความต้องการที่สอดคล้องกับองค์กร จะทำให้เกิดความรู้สึกต่อองค์กรทางบวก เกิดแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Vogel & Feldman, 2009) จะปฏิบัติงานในองค์กรด้วยความทุ่มเท และมุ่งมั่นในการทำงานทั้งงานที่ได้รับมอบหมายและงานที่ไม่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ เพื่อเป้าหมายและผลลัพธ์ขององค์กร (สิรีรัศมิ์ บุญประสพกุลทร, 2561) รู้สึกผูกพันในงาน รู้สึกเหมือนว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความเต็มใจที่จะแลกเปลี่ยนกับองค์กร ดังการศึกษาของ McQueen (2018) ที่พบว่า บุคคลร้อยละ 71 ยินยอมลดเงินเดือนของตนเพื่อทำงานในองค์กรที่มีค่านิยมเดียวกัน โดยวัฒนธรรมที่ช่วยสร้างบรรยากาศในการทำงานจะช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงาน สังคม ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ทางกายภาพ ซึ่งจะช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน ส่งผลให้บุคคลพยายามค้นหาปัญหาที่เกิดจากงาน และคิดค้นกระบวนการ ผลิตภัณฑ์หรือขั้นตอนใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์อย่างอิสระ โดยอาจแสดงออกทางพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม การมีส่วนร่วม ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน การยอมรับในค่านิยมและวัตถุประสงค์ขององค์กร ถือเสมือนหนึ่งว่าองค์กรเป็นของตนเช่นกัน (Tepeci, 2001) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pudjiarti and Hutomo (2020) ที่พบว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพนักงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Afsar et al. (2015) ที่พบว่า พฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการกำหนดเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน สร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นและจูงใจ และมีการชื่นชมเมื่อพยาบาลแสดงความคิดสร้างสรรค์ในงาน หรือสร้างนวัตกรรมขึ้นมา รวมทั้งสนับสนุนและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาในงาน

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความสอดคล้องระหว่างบุคคลและงาน ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและกลุ่ม และ

ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและองค์กร โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เช่น การประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยความเป็นธรรม การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเกิดความรู้สึกมั่นคง มีความยึดมั่นในองค์กร และมีพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรม ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2565). *รวบรวมผลงานนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2565*. เชียงราย: ผู้แต่ง.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)*. สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit-ops_plan-66-70-for-web.pdf

กัญชพร กลิ่นศรีสุข, การุณย์ ประทุม, และกมล เสวตสมบูรณ์. (2568). ผลกระทบของการจัดการนวัตกรรมบริการที่มีต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. *วารสารบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *9*(1), 77–91.

จำลักษณ์ ขุนพลแก้ว. (2563). *Innovation management มิติใหม่ของการจัดการ*. สืบค้นจาก www.ftpi.or.th/2018/24185

นัฐกานต์ ฐิติจำเริญพร, และกัลยกิตติ์ กีรติอังกูร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเชิงนวัตกรรมของพนักงานองค์การธุรกิจของบริษัท โตโยต้า ไดฮัทสุ เอ็นจิเนียริ่ง แอนด์ แมนูแฟคเจอริ่ง จำกัด. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, *11*(2), 651–669.

นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, *26*(1), 19–28.

นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และนฤมล ปทุมารักษ์. (2562). ภาวะผู้นำและนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, *35*(3), 171–184.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยนุช หัตถปนิตย์, และวีกุญญา ลือเลื่อง. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมการทำงานเป็นทีมเพื่อป้องกันความผิดพลาดต่อประสิทธิผลของงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, *31*(3), 411–425.

พัชราภรณ์ สว่างวัน. (2556). *การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการ การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง กับพฤติกรรมสร้างสรรค์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เรณู พุกบุญมี. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุค Thailand 4.0*. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/บทบาทหน้าที่ของพยาบาล/

สิรีรัศมิ์ บุญประสพกุลทร. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับองค์การ ความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับงาน และความผูกพันในงานของพนักงานเจนเนอเรชั่นวายในธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มแห่งหนึ่ง* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2559). พยาบาลกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, *27*(1), 112–119.

อาจารี จิตนุราช. (2561). *ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นความสอดคล้องระหว่างคนกับงาน ความสอดคล้องระหว่างคนกับองค์การ ความไว้วางใจนวัตกรรม และพฤติกรรมการทำงานเชิงนวัตกรรมของพนักงานเทศบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Afsar, B., Badir, Y., & Khan, M. M. (2015). Person-job fit, person-organization fit and innovative work behavior: The mediating role of innovation trust. *The Journal of High Technology Management Research*, *26*(2), 105–116. doi:10.1016/j.hitech.2015.09.001

Afsar, B., Cheema, S., & Bin Saeed, B. (2018). Do nurses display innovative work behavior when their values match with hospitals' values? *European Journal of Innovation Management*, *21*(1), 157–171. doi:10.1108/EJIM-01-2017-0007

Bui, H. T. M., Zeng, Y., & Higgs, M. (2017). The role of person-job fit in the relationship between transformational leadership and job engagement. *Journal of Managerial Psychology*, *32*(5), 373–386. doi:10.1108/JMP-05-2016-0144

Chuang, A., Shen, C.-T., & Judge, T. A. (2016). Development of a multidimensional instrument of person-environment fit: The Perceived Person-Environment Fit Scale (PPEFS). *Applied Psychology*, *65*(1), 66–98. doi:10.1111/apps.12036

Cormican, K., & O'Sullivan, D. (2004). Auditing best practice for effective product innovation management. *Technovation*, *24*(10), 819–829. doi:10.1016/S0166-4972(03)00013-0

De Cooman, R., De Gieter, S., Pepermans, R., Hermans, S., Du Bois, C., Caers, R., & Jegers, M. (2009). Person-organization fit: Testing socialization and attraction-selection-attrition hypotheses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(1), 102–107. doi:10.1016/j.jvb.2008.10.010

Jong, J. D., & Hartog, D. D. (2010). Measuring innovative work behaviour. *Creativity and Innovation Management*, *19*(1), 23–36. doi:10.1111/j.1467-8691.2010.00547.x

Kristof-Brown, A. L., & Guay, R. P. (2011). Person-environment fit. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology: Vol. 3. Maintaining, expanding, and contracting the organization* (pp. 3–50). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Masood, M., & Afsar, B. (2017). Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nursing Inquiry*, *24*(4), e12188. doi:10.1111/nin.12188

McQueen, N. (2018). *Workplace culture trends: The key to hiring (and keeping) top talent in 2018*. Retrieved from https://blog.linkedin.com/2018

Pudjiarti, E. S., & Hutomo, P. T. P. (2020). Innovative work behaviour: An integrative investigation of person-job fit, person-organization fit, and person-group fit. *Business: Theory and Practice*, *21*(1), 39–47. doi:10.3846/btp.2020.9487

Rauvola, R. S., Rudolph, C. W., Ebbert, L. K., & Zacher, H. (2020). Person-environment fit and work satisfaction: Exploring the conditional effects of age. *Work, Aging and Retirement*, *6*(2), 101–117. doi:10.1093/workar/waz011

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. doi:10.1037//0003-066X.55.1.68

Sartori, R., Costantini, A., Ceschi, A., & Tommasi, F. (2018). How do you manage change in organizations? Training, development, innovation, and their relationships. *Frontiers in Psychology*, *9*, 313. doi:10.3389/fpsyg.2018.00313

Tepeci, M. (2001). *The effect of personal values, organizational culture, and person-organization fit on individual outcomes in the restaurant industry* (Doctoral dissertation). University Park: The Pennsylvania State University.

Vogel, R. M., & Feldman, D. C. (2009). Integrating the levels of person-environment fit: The roles of vocational fit and group fit. *Journal of Vocational Behavior*, *75*(1), 68–81. doi:10.1016/j.jvb.2009.03.007

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย*

Competencies of Nurses in Maritime Emergency Care in Thailand*

ธราธิปป์ ธำรงค์, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) [1]
Tharatip Tamrong, M.N.S. (Nursing Administration) [1]
ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Shutiwan Purinthrapibal, Ph.D. (Nursing) [2]
ปราโมทย์ ทองสุข, กศ.ด. (การบริหารการศึกษา) [3]
Pramot Thongsuk, Ed.D. (Educational Administration) [3]

Received: September 24, 2024 Revised: June 5, 2026 Accepted: June 12, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ ethnographic Delphi futures research เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักวิชาการ จำนวน 4 คน กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 6 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติการ จำนวน 12 คน รวมจำนวน 22 คน ดำเนินการวิจัย 3 รอบ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2567 ดังนี้ รอบที่ 1 รวบรวมความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตามแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา รอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและประเมินค่าระดับความสำคัญของสมรรถนะ ใช้แบบสอบถามปลายปิดที่พัฒนาจากข้อมูลรอบที่ 1 วิเคราะห์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1] Master, Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Major Advisor

[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: shutiwan.p@psu.ac.th

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Co-advisor

ข้อมูลด้วยสถิติค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นผ่านการตอบแบบสอบถามชุดเดิมที่เพิ่มค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์จากการวิเคราะห์รอบที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ รวม 35 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล 6 ข้อ 2) ด้านความปลอดภัย 4 ข้อ 3) ด้านโรคและการเจ็บป่วยทางทะเล 4 ข้อ 4) ด้านการใช้เครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะ 4 ข้อ 5) ด้านระบบ มาตรฐาน และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล 5 ข้อ 6) ด้านการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัย และการคัดแยกผู้ป่วย 5 ข้อ 7) ด้านการบริหารจัดการ และการทำงานเป็นทีม 4 ข้อ และ 8) ด้านภูมิศาสตร์ สังคม และสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลสำหรับประเทศไทย
คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล

Abstract

This descriptive research aimed to examine the competencies of registered nurses related to emergency care for maritime patients in Thailand, employing the ethnographic Delphi futures research (EDFR) technique. The research involved 22 healthcare experts from three groups: 4 academics, 6 executives, and 12 practitioners. The research was conducted in three rounds from March to August 2024. The first round was an interview of the experts following an open-ended question guideline, analyzed by the content analysis method. The second round was an assessment of the experts' opinions of the importance of competencies with the closed-ended questionnaires based on the first-round analysis, analyzed for median and interquartile range. The third round was an assessment of confirmation or revision of the experts' opinions for the competency importance with an updated questionnaire reflecting the second-round analysis.

The research results revealed that competencies of registered nurses in maritime emergency care in Thailand consist of 8 competencies, comprising 35 items: 1) 6 items related to maritime emergency nursing care, 2) 4 items related to safety, 3) 4 items related to maritime diseases and illnesses, 4) 4 items related to the use of tools, medical supplies, equipment, and transportation, 5) 5 items related to systems, standards, and practices for maritime emergency care, 6) 5 items related to assessment, diagnosis, and triage of patients, 7) 4 items related to management and teamwork, and 8) 3 items related to geography, society, and environment.

This research suggests that nursing executives should utilize the results to improve nursing competencies and develop relevant maritime emergency care curricula in Thailand.
Keywords: Competencies of nurses, Maritime emergency care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุทางทะเลเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีความซับซ้อนในการจัดการมากกว่าพื้นที่ทางบกโดยสิ้นเชิง ประเทศไทยมีอาณาเขตติดทะเลครอบคลุมพื้นที่ 23 จังหวัด และมีเกาะมากถึง 936 เกาะ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีกิจกรรมทางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวสูง (ฐานข้อมูลความรู้ทางทะเล, ม.ป.ป.) ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติและอุบัติภัยทางทะเลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในสภาพแวดล้อมทางทะเลไม่เพียงแต่ต้องการอุปกรณ์และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังต้องการบุคลากรทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะเฉพาะทางขั้นสูง เพื่อให้สามารถประเมินดูแล และรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างการลำเลียงได้อย่างปลอดภัย ท่ามกลางข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์และสภาพอากาศ

สถานการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุทางทะเลในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรง ข้อมูลจากรายงานการปฏิบัติการทางน้ำและทะเลพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินสูงถึง 1,367 ราย 1,510 ราย 1,562 ราย 1,475 ราย และ 2,044 ราย ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2567) สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตจากการจมน้ำในภาพรวมของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2561–2564 ที่ยังคงอยู่ในระดับสูง คือ จำนวน 3,549 ราย 3,306 ราย 3,148 ราย และ 3,957 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ภัยพิบัติและอุบัติภัยทางทะเลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตคราวละมาก ๆ (mass casualty incidents) ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิ เหตุการณ์สึนามิในปี พ.ศ. 2547 เหตุการณ์เรือล่มที่เกาะง่ามใหญ่ จังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2560 (เสียชีวิต 5 ราย) เหตุการณ์เรือนักท่องเที่ยวล่มที่จังหวัดภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2561 (เสียชีวิต 47 ราย) เหตุการณ์เรือเฟอร์รี่ล่มที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2563 (เสียชีวิต 5 ราย) และล่าสุด เหตุการณ์เรือหลวงสุโขทัยอับปางในอ่าวไทย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในปี พ.ศ. 2565 (เสียชีวิต 24 ราย) (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2566)

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลมีความท้าทายที่แตกต่างจากการดูแลในพื้นที่ทางบกโดยสิ้นเชิง สมรรถนะของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เกาะจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการภาวะวิกฤต พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะตามบทบาทหน้าที่ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) การประเมินและสังเกตอาการ ณ ห้องฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ในหมวดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2564) นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีทักษะการแจ้งเหตุ ณ ศูนย์สั่งการ การประเมินผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ การช่วยกู้ชีพ การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บขณะนำส่ง และการเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการชันสูตรพลิกศพกรณีเสียชีวิต (มัตติกา ใจจันทร์, ชัชวาล วงค์สารี, และวรุณศิริ

ปราณีธรรม, 2561) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ระดับสมรรถนะและข้อจำกัดในปัจจุบัน จากการสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน 23 จังหวัดที่มีอาณาเขตพื้นที่ติดทะเล มีจำนวน 8,992 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2566) โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลบนเกาะส่วนใหญ่เป็นพยาบาลทั่วไป (general nurse) ซึ่งเป็นบุคลากรนอกพื้นที่และมีอัตราการขอโยกย้ายสูง ส่งผลให้บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานน้อยและขาดความชำนาญเฉพาะพื้นที่ ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลต้องการผู้ที่มีระดับสมรรถนะเฉพาะด้านสูงกว่าปกติ เช่น การช่วยเหลือคนจมน้ำ การดูแลพิษจากสัตว์ทะเล การจัดการโรคและการบาดเจ็บจากการดำน้ำ รวมถึงการลำเลียงขนส่งทางน้ำท่ามกลางความท้าทายจากธรรมชาติและมรสุม ซึ่งช่องว่างด้านสมรรถนะเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากปัญหาด้านกำลังคนและประสบการณ์แล้ว ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการบรรจุองค์ความรู้ด้านการพยาบาลเวชศาสตร์ทางทะเลในสถาบันการศึกษาพยาบาลโดยทั่วไป ยกเว้นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ซึ่งเป็นหลักสูตรเดียวที่มีการสอนการพยาบาลเวชศาสตร์ทางทะเล ประกอบกับหลักสูตรการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันในภาคใต้ยังไม่ครอบคลุมถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล และส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการอบรม 4 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการกำหนดสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลอย่างเจาะจง และไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เกาะ เพื่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ ethnographic Delphi futures research (EDFR) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยครั้งนี้มุ่งหวังให้ได้มาซึ่งสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นสมรรถนะเฉพาะในงาน (functional competencies) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการต่อยอดองค์ความรู้และขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน อันจะส่งผลดีต่อการยกระดับคุณภาพบริการ ความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวและประชาชน ตลอดจนเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขทางทะเลของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ระบุถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในด้านนี้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดหลักเพื่อนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ แนวคิดสมรรถนะ (competency) ของ McClelland (1973) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ คือ ความรู้ความเข้าใจ (knowledge) เจตคติ (attitude) ทักษะ (skills) และความสามารถ (abilities) ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำและทะเลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ธนษวัฒน์ ชัยกุล, 2557) โดยประยุกต์ใช้เป็นกรอบบริบทการทำงานจำนวน 3 หมวด จากทั้งหมด 4 หมวด ได้แก่ หมวด 2 แนวทางการช่วยชีวิตทางน้ำ หมวด 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บจากน้ำและทะเล และหมวด 4 แนวทางการลำเลียงและการส่งต่อทางน้ำ (ยกเว้นหมวด 1 แนวทางการป้องกันการป่วยเจ็บจากน้ำและทะเล) จากการบูรณาการแนวคิดทั้งสองส่วน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดความหมายของ “สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล" ในการวิจัยครั้งนี้ว่า หมายถึง กลุ่มของคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่พยาบาลวิชาชีพแสดงออกผ่านความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ทักษะ และความสามารถเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติงานใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการช่วยชีวิตทางน้ำ ด้านการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยจากน้ำและทะเล และด้านการลำเลียงและการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางน้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ ethnographic Delphi futures research

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 3 กลุ่ม (ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินและสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ใต้น้ำ) ได้แก่ กลุ่มนักวิชาการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล กลุ่มผู้บริหารด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล และกลุ่มผู้ปฏิบัติการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขทางทะเลมากกว่า 2 ปี 2) มีประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 5 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ร่วมกับวิธีการบอกต่อ (snowballing technique) ได้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 4 คน กลุ่มผู้บริหารด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 6 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 12 คน รวมจำนวน 22 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์ด้านงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขทางทะเล จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด และส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์ความคิดเห็น เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย ครอบคลุมระยะการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ระยะการลำเลียงผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน และระยะการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย ผู้วิจัยพัฒนาจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ใช้สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและประเมินค่าระดับความสำคัญของสมรรถนะ ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ ได้แก่ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 6 ข้อ ด้านความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ ด้านโรคและการเจ็บป่วยทางทะเล จำนวน 4 ข้อ ด้านการใช้เครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะ จำนวน 4 ข้อ ด้านระบบมาตรฐาน และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัย และการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ด้านการบริหารจัดการ และการทำงานเป็นทีม จำนวน 4 ข้อ และด้านภูมิศาสตร์ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ทางทะเลในประเทศไทย ผู้วิจัยพัฒนาจากข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 ใช้สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ จำนวน 35 ข้อ และมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เช่นเดียวกับชุดที่ 2 โดยมีการเพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์จากการวิเคราะห์รอบที่ 2 ซึ่งเกณฑ์การแปลผลค่ามัธยฐาน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเป็นสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทยที่มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด (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) ส่วนเกณฑ์การแปลผลค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ คือ หากค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน มีความคิดเห็นว่าข้อความสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทยนั้นมีความสอดคล้องกัน และหากค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์มากกว่า 1.50 คะแนน หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน มีความคิดเห็นว่าข้อความสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทยนั้นไม่มีความสอดคล้องกัน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแนวคำถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการใช้เทคนิคเดลฟาย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยทางทะเล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ส่วนแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้ข้อมูล ภาษา และตรวจสอบคำถามคำตอบของตนเองหลายรอบ เป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถาม ทำให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ PSU IRB 2023 - St – Nur 037 วันที่ 30 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงวันที่ 29 มีนาคม ถึงวันที่ 8 มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ หลังจากผู้เชี่ยวชาญตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกพร้อมบันทึกเสียง จากนั้นสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย โดยใช้แนวคำถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ทั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแบบเผชิญหน้า จำนวน 10 คน และแบบผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 12 คน ใช้เวลาคนละ 20–60 นาที ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วงวันที่ 8–30 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 ถึงผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์หรือแชทไลน์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและประเมินค่าระดับความสำคัญของสมรรถนะ และส่งกลับคืนผู้วิจัย สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ดำเนินการในช่วงวันที่ 1–10 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 ถึงผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์หรือแชทไลน์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น

เกี่ยวกับค่าความสำคัญของแต่ละสมรรถนะ และส่งกลับคืนผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ (รอบที่ 1) วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลรอบที่ 2 และข้อมูลรอบที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ทั้งนี้ การสรุปเป็นฉันทามตินั้น ยอมรับค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 คะแนนขึ้นไป ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน และการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ไม่เกินร้อยละ 15

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน และเพศชาย จำนวน 6 คน มีอายุต่ำสุด–สูงสุด คือ 30–55 ปี มีประสบการณ์ด้านงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี จำนวน 17 คน และมากกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน และทั้งหมดมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขทางทะเลมากกว่า 2 ปี

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย (n = 22)

สมรรถนะ	ตัวอย่างคำพูด
1. ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล	“เรารู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ การดูแลระบบ เมื่อไหร่นึกถึงอุบัติเหตุคือ trauma ก็ต้องใช้หลักการของ ACLS ปัจจุบันเป็น S10 ก็ใช้หลักการ trauma life support ก็คือรู้จัก A B C D E นะครับ อันต่อมาที่เขาต้องรู้ก็คือ first aid นั่นแหละ จริงก็คือทุกอย่าง first aid เขาก็มีความรู้ อันต่อมาที่เขาดูอีกก็คือ การปั๊มหัวใจ ก็คือ BLS” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2)
2. ด้านความปลอดภัย	“ถ้าเราลงไปช่วยโดยที่เราไม่มีความรู้นะ เราก็จะกลายเป็นคนโง่ เราก็จะตายไปด้วยนะ โดนกอดรัดโดนไรพวกนี้แล้วก็ตายไปด้วย ถ้าเราช่วยได้ นั่นคือเรามีความรู้ เราช่วยได้จะช่วยแบบไหนก็ช่าง ยื่น โยนเลย ถ้าเราเป็นกู้ภัยเราลงไปช่วย ถ้าเราช่วยได้เนี่ยมันก็จะเป็นวีรบุรุษนะ ต้องตระหนักไว้ ความปลอดภัยของตนเองสำคัญมาก” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 18) “refer คนไข้แล้วเกิดมีคลื่นลมแรง สภาพอากาศมันเปลี่ยนแปลง เขาจะต้องมีการตัดสินใจต้องมีทักษะในการประเมินทั้งคนไข้ ภูมิอากาศ ประเมินทุกอย่าง เพราะว่าเอ่อ ระหว่างที่เราไปอยู่ในเรือเนี่ย เราก็ไม่สามารถที่จะหมุนหัวเรือกลับมาได้” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 13)
3. ด้านโรคและการเจ็บป่วยทางทะเล	“การบาดเจ็บจากสัตว์ทะเลมีพิษ เราจะให้การปฐมพยาบาลยังไงก็ต้องรู้ เพราะว่าบางคนยังเข้าใจว่าพวกสัตว์ทะเลมีพิษที่โดนกัด พวกปลาหน้ายักษ์ แม่งทะเล มันจะมีอาการปวด เจ็บ เราจะประคบเย็น แต่อันนี้ไม่ใช่ อันนี้ต้องประคบอุ่น 45 องศา” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 11) “พยาบาลในพื้นที่ควรมีความรู้เรื่องการคัดแยกประเภท ESI แนวทางการรักษาเฉพาะโรค โรคทางน้ำบางอย่างจัดอยู่ในกลุ่ม fast track เช่น DCS (น้ำหนีบ)/ AGE ต้องรีบไปเข้า chamber ตามศักยภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่ตัวเองได้” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4)

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล ในประเทศไทย (n = 22) (ต่อ)

สมรรถนะ	ตัวอย่างคำพูด
4. ด้านการใช้เครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะ	"ที่สำคัญก็ต้องรู้เรื่องของอุปกรณ์ที่เป็น emergency ทั้งหมด ที่เค้ามีอยู่ตามศักยภาพของโรงพยาบาลนั้น ๆ แล้วก็การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้นะฮะ และที่สำคัญต้องฝึกใช้โดยเฉพาะ emergency ทั้งหลาย Ambu, AED และ IV ยาอะไรงี้ครับ" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3) "สิ่งที่ต้องรู้นอกจากว่าเตรียมคนไข้แล้ว ต้องเตรียมหายานพาหนะในการนำส่งนะคะ ว่าคนไข้ level ไหน ควรจะ refer แบบไหน ควรจะ refer ด้วยรถ หรือใช้เรือ" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 9)
5. ด้านระบบ มาตรฐาน และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล	"ถ้าเกิดเหตุเป็นโรค decompression sickness เนี่ยจำเป็นที่จะต้องมารักษาที่ภูเก็ตทั้งหมดค่ะ แล้วก็การที่คนไข้กลุ่มนี้จะเดินทางจะมารักษาได้อ่ะค่ะ มันก็จะเกี่ยวข้องกับเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเลค่ะ เพราะมันจะเกี่ยวกับเรื่องการดูแล ณ ที่เกิดเหตุ การดูแลขณะลำเลียง" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1)
6. ด้านการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัย และการคัดแยกผู้ป่วย	"ความรู้เรื่องโรคและเรื่องของการประเมิน access คนไข้ ต้องชัดแล้วก็ต้องตรวจคนไข้ทุกระบบได้แบบเบื้องต้นค่ะ พวกภาวะฉุกเฉินที่จะต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน คิดว่าอย่างน้อย ๆ นะ พยาบาลที่ไปอยู่ที่เกาะอ่ะ ควรจะเป็นด้านฉุกเฉิน" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 16) "โรคจากการดำน้ำเนี่ย เริ่มจากการดำน้ำ คุณก็จะต้องไปเพิ่มในเรื่องของการตรวจ neuro exam เนี่ย การตรวจ MoCA อะไรฮะ แล้วก็อย่าง neuro exam" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 18)
7. ด้านการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม	"น้องต้องมีการบริหารจัดการภายในห้องฉุกเฉิน หรือแม้แต่อุบัติเหตุหมู่ การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก การบริหารอัตรากำลังคนในสถานการณ์ฉุกเฉินได้ค่ะ" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4) "ทักษะเรื่องการสื่อสาร การประสานงานค่ะ การส่งต่อข้อมูล เพราะทางทะเลจะมีรายละเอียดเยอะกว่าทางบก ที่พิกัดตำแหน่งจะยาก และลักษณะอาการของผู้ป่วยว่าจะใช้การลำเลียงผู้ป่วยทางไหนค่ะ" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 13)
8. ด้านภูมิศาสตร์ สังคม และสิ่งแวดล้อม	"ควรจะมีความรู้เกี่ยวกับภูมิศาสตร์ในพื้นที่ เช่น จะต้องรู้ว่าตรงไหนเป็นแหล่งความชุกของการเกิดเหตุ ตรงไหนเป็นจุดเสี่ยง เป็นแหล่งน้ำเสี่ยง หรือที่เกิดภัยพิบัติบ่อยครั้ง หรืออาจจะเป็นบริเวณไหนที่เกิดพิษจากสัตว์ทะเลพวกนี้นะคะ" (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 9)

3. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย ทุกข้อมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 คะแนนขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 คะแนน ผู้วิจัยสรุปว่า ผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติ ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ รวม 35 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลในประเทศไทย (n = 22)

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Med	IQR	ระดับ	Med	IQR	ระดับ
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล							
1	มีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ (airway and cervical spine): airway management	5.00	.25	มากที่สุด	5.00	.25	มากที่สุด
2	มีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยระบบการหายใจ (breathing and ventilation): oxygen therapy ได้แก่ BVM, demand valve mask	5.00	.25	มากที่สุด	5.00	.25	มากที่สุด
3	มีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยระบบการไหลเวียนและการเสียเลือด (circulation and hemorrhage control) ได้แก่ stop bleed, IV access, dressing และ suture	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	มีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท (disability) และการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ splint เพื่อดามประคองลดการเคลื่อนไหว	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
5	มีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยภายนอกทั่วร่างกายและการควบคุมสภาวะแวดล้อม (exposure & environment) ได้แก่ keep warm ด้วยวิธีการต่าง ๆ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
6	มีทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS) และการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ACLS, PALS, ATLS และ PHTLS	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัย							
1	มีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของตนเองเกี่ยวกับความพร้อมของร่างกายต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยจากสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ	5.00	.25	มากที่สุด	5.00	.25	มากที่สุด

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล ในประเทศไทย (n = 22) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Med	IQR	ระดับ	Med	IQR	ระดับ
2	มีความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมเพื่อการลำเลียง ได้แก่ ภูมิประเทศ เส้นทางการจราจรทางน้ำ สภาพอากาศ เส้นทางที่ใช้ในการส่งต่อ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	มีทักษะการว่ายน้ำ และลอยตัว	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	มีทักษะการช่วยชีวิต ตะโกน โยน ยื่น โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ ชูชีพ ห่วงยาง เชือก ไม้ ทุ่น และถุงโยน	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
ด้านโรคและการเจ็บป่วยทางทะเล							
1	มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากสัตว์ทะเล การถูกกัดหรือทำร้าย เช่น ฉลาม ปลากระเบน และการสัมผัสสัตว์ทะเลมีพิษ เช่น แมงกะพรุน หอยแม่น หอยเต้าปูน	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
2	มีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางทะเล เช่น เรือ/เจ็ตสกีชน ไฟไหม้เรือ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	มีความรู้เกี่ยวกับโรคจากการดำน้ำ เช่น โรคน้ำหนีบ (decompression sickness) โรคน็อคน้ำ (arterial gas embolism)	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	มีความรู้เกี่ยวกับหลักระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยทางทะเล การสอบสวนโรคจากอุบัติการณ์ทางทะเล	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
ด้านการใช้เครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะ							
1	สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ defibrillator, AED, bedside monitor, telemedicine monitor และ demand valve mask	5.00	.25	มากที่สุด	5.00	.25	มากที่สุด
2	สามารถบริหารเวชภัณฑ์และยาช่วยชีวิต ได้แก่ การบริหารยา high-alert drug ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น mannitol	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	สามารถใช้อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายทางน้ำ ได้แก่ long spinal board, basket scoop stretcher, Sked stretcher และ vacuum mattress	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	สามารถเลือกใช้ยานพาหนะเพื่อการเคลื่อนย้ายทางน้ำ ได้แก่ ประเภทของเรือ และทางอากาศ ได้แก่ เฮลิคอปเตอร์	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล ในประเทศไทย (n = 22) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Med	IQR	ระดับ	Med	IQR	ระดับ
ด้านระบบ มาตรฐาน และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล							
1	มีความเข้าใจในระบบและแนวทางของบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการแพทย์ฉุกเฉินทางน้ำ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
2	เข้าใจในขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย (ก่อน-ขณะ-หลังส่งต่อ) ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	มีความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายและการลำเลียงผู้ป่วยทางทะเล	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูง (hyperbaric chamber)	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
5	มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการ warming ผู้ป่วยทางทะเล	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
ด้านการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัย และการคัดแยกผู้ป่วย							
1	มีความรู้ในหลักการและแนวทางการประเมิน ตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยผู้ป่วยเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
2	มีทักษะในการประเมินสภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วยบาดเจ็บทางทะเล ได้แก่ จมน้ำ (drowning) โรคน้ำหนีบ (decompression sickness) และโรคน็อคน้ำ (arterial gas embolism)	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	มีทักษะในการประเมินสภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์ทะเลกัดหรือสัมผัสสัตว์ทะเลมีพิษ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	มีทักษะในการตรวจเฉพาะสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บจากการดำน้ำ คือ MoCA (Montreal Cognitive Assessment) การตรวจหู	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
5	มีทักษะในการอ่านและแปลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย และคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
ด้านการบริหารจัดการ และการทำงานเป็นทีม							
1	มีความสามารถในการส่งต่อข้อมูล และบันทึกการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบ MIST & IMIST AMBO และรูปแบบอื่นๆ ได้ ตามเกณฑ์คุณภาพ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล ในประเทศไทย (n = 22) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		Med	IQR	ระดับ	Med	IQR	ระดับ
2	มีความสามารถในการประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลเครือข่าย กู้ชีพ-กู้ภัย ตำรวจน้ำ กรมเจ้าท่า ทหารเรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล ชาวบ้าน	4.50	1.00	มากที่สุด	4.50	1.00	มากที่สุด
3	มีความสามารถในการนำและจัดการทีมเพื่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
4	มีทักษะการสื่อสารโดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ วิทยุ ธง และกระบองไฟ และไม่ใช้อุปกรณ์ ได้แก่ สัญญาณมือ	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
ด้านภูมิศาสตร์ สังคม และสิ่งแวดล้อม							
1	มีความรู้เกี่ยวกับภูมิศาสตร์ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศในพื้นที่รับผิดชอบ	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
2	สามารถประเมินความเสี่ยงทางธรรมชาติในพื้นที่เบื้องต้นได้	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
3	มีความเข้าใจในอาชีพ วัฒนธรรม วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทางทะเล และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคทางทะเล	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายเชิงสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีสมรรถนะ ผลกระทบเชิงนโยบาย และบริบทการปฏิบัติงานจริง ซึ่งพบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลทั้ง 8 ด้าน มีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด โดยสามารถอภิปรายเปรียบเทียบในประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

ในประเด็นด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเลและด้านการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัย และการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ปรากฏการณ์นี้สามารถอภิปรายและอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสมรรถนะ ของ McClelland (1973) ในมิติความรู้ (knowledge) และทักษะ (skills) เชิงลึกทางคลินิก เนื่องจากการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเลมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาและระยะทางการนำส่งที่ยาวนาน (prolonged field care) พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีขีดความสามารถขั้นสูงในการประเมินความเสี่ยง การอ่านผลทางห้องปฏิบัติการ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจในภาวะวิกฤต ควบคู่กับการประเมินระบบทางเดินหายใจ การไหลเวียนเลือด และการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) การที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องในประเด็นนี้สะท้อนว่าสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลทั่วไปอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องยกระดับสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Deng, Kou, Ma, Niu, and Luo (2024) และวิปัศยา คุ้มสุพรรณ, บุญพิชชา จิตต์ภักดี,

และกุลวดี อภิชาตบุตร (2565) ที่เน้นย้ำถึงทักษะการคัดกรองและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มต้น ข้อค้นพบนี้มีนัยเชิงนโยบายต่อสภาการพยาบาลและสถาบันการศึกษา ที่ควรพิจารณาบรรจุสมรรถนะเหล่านี้เป็นมาตรฐานวิชาชีพเฉพาะทาง เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดแยกและปฏิบัติการฉุกเฉินได้อย่างเบ็ดเสร็จ (อรวรรณ สุพรรณภพ, ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม, และลุยง วีระนาวิน, 2561)

เมื่อพิจารณาด้านโรคและการเจ็บป่วยทางทะเล พบว่าเป็นการต่อยอดองค์ความรู้ที่สร้างความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างพยาบาลฉุกเฉินบนบกและทางทะเล การที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับความรู้เรื่องพิษจากสัตว์ทะเล อุบัติเหตุทางทะเล และโรคจากการดำน้ำ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลเข้ากับเวชศาสตร์ใต้น้ำและอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของสุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์ (2560) เกี่ยวกับกรอบแนวคิดในการศึกษาการพยาบาลเวชศาสตร์ทางทะเลในกลุ่มคนตามมิติพื้นที่ทางทะเล พบว่า การพยาบาลเวชศาสตร์ทางทะเลเป็นศาสตร์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ประกอบอาชีพทางทะเล และเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางทะเล และสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา ดวงมณี, อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์, และอมรทิพย์ ณ บางช้าง (2561) ที่ศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นของความรู้ด้านเวชศาสตร์ทางทะเลของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พบว่า ความรู้ด้านเวชศาสตร์ทางทะเลมีความจำเป็นต่อพยาบาล การอภิปรายในจุดนี้สะท้อนผลกระทบเชิงนโยบายต่อสถานพยาบาลในพื้นที่เกาะและชายฝั่ง ที่จำเป็นต้องพัฒนาระบบการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาทางทะเล และส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ธนษวัฒน์ ชัยกุล, 2557)

ในมิติการปรับตัวเชิงพื้นที่ด้านความปลอดภัยและด้านภูมิศาสตร์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นกลุ่มสมรรถนะที่สะท้อนเจตคติ (attitude) และคุณลักษณะส่วนบุคคลตามแบบจำลองสมรรถนะ การปฏิบัติงานทางทะเลมีความเสี่ยงสูง พยาบาลจึงต้องบูรณาการหลัก 3P Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2566) เข้ากับทักษะการเอาชีวิตรอด เช่น การว่ายน้ำ การประเมินสถานการณ์ (scene size-up) และความเข้าใจในภูมิอากาศตลอดจนวิถีชีวิตชาวประมงพื้นบ้าน (ไมตรี ไชยมงคล, ภูฟ้า เสวกพันธ์, ปัญญา สังขวดี, ขจรศักดิ์ รุ่นประพันธ์, และทวีศักดิ์ สว่างเมฆ, 2563) ซึ่งการปฏิบัติการด้านความปลอดภัยดังกล่าว ยังเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจบริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม จะช่วยลดความขัดแย้งและเพิ่มประสิทธิภาพในการกู้ภัย (สภาการพยาบาล, 2563) ซึ่งในเชิงนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดควรนำประเด็นเหล่านี้ไปจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงทางธรรมชาติ และจัดอบรมทักษะความปลอดภัยทางน้ำให้แก่บุคลากรเป็นวาระเร่งด่วน

สำหรับการนำส่งและการจัดการเชิงระบบด้านการใช้เครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และยานพาหนะ รวมถึงด้านระบบ มาตรฐาน และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล สะท้อนถึงความสามารถในการบริหารทรัพยากรภายใต้ข้อจำกัด การบริหารยาช่วยชีวิต การเลือกใช้ยานพาหนะทางน้ำและทางอากาศ การเข้าใจระบบศูนย์สั่งการ ตลอดจนการส่งผู้ป่วยเข้าห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูง และการรักษาความอบอุ่นของร่างกาย (warming) ล้วนเป็นปัจจัยชี้เป็นชี้ตายของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรี ศรีสุขใส (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้อง

กับบทความของมัตติกา ใจจันทร์ และคณะ (2561) เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่ระบุว่า พยาบาลต้องมีบทบาทในการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ศูนย์สั่งการ และเข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางทะเลจะขับเคลื่อนได้ต้องอาศัยความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานส่วนกลางในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเชิงรุก เพื่อสนับสนุนเครื่องมือเฉพาะทางและยานพาหนะกู้ชีพให้แก่โรงพยาบาลในพื้นที่เกาะอย่างเพียงพอ

นอกจากนี้ ด้านการบริหารจัดการ และการทำงานเป็นทีม ยังสะท้อนถึงความสามารถในการบูรณาการการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) ผู้เชี่ยวชาญเน้นย้ำถึงทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ และการส่งต่อข้อมูลตามเกณฑ์คุณภาพของรูปแบบการให้บริการ (Service Profiles) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของณัฐวิโรจน์ ชูดำ, ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, และณัฏฐินี ชัวชมเกตุ (2566) ที่ระบุว่าสมรรถนะสำคัญของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ความสามารถในการประเมินสถานการณ์ รายงานผู้บังคับบัญชา และประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทางทะเลมักเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน การที่พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการประสานงานที่ดีจะทำให้การส่งมอบผู้ป่วยไร้รอยต่อ ผลกระทบเชิงนโยบายในประเด็นนี้ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรปรับรูปแบบการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับทักษะการจัดการภาวะวิกฤตข้ามหน่วยงาน ซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยทางทะเลของประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและพัฒนาโปรแกรมการอบรม เพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล

1.2 สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมพยาบาลที่จะไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาในพื้นที่ติดทะเล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล และควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางทะเล

เอกสารอ้างอิง

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2566). *สถิติสาธารณภัย (รายปี)*. สืบค้นจาก https://www.disaster.go.th/contents/7400081

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

ฐานข้อมูลความรู้ทางทะเล. (ม.ป.ป.). *ข้อมูลจังหวัดชายทะเล*. สืบค้นจาก https://www.mkh.in.th/index.php/th/2010-03-22-18-06-15

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ, ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, และณัฏฐินี ชัวชมเกตุ. (2566). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *24*(3), 31–38.

ธนษวัฒน์ ชัยกุล. (บ.ก.). (2557). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำและทะเล*. กรุงเทพฯ: อัลทิเมท พริ้นติ้ง.

นุชรี ศรีสุขใส. (2564). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, *4*(1), 84–99.

มัตติกา ใจจันทร์, ชัชวาล วงค์สารี, และวรุณศิริ ปราณีธรรม. (2561). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *12*(3), 71–83.

ไมตรี ไชยมงคล, ภูฟ้า เสวกพันธ์, ปัญญา สังขวดี, ขจรศักดิ์ รุ่นประพันธ์, และทวีศักดิ์ สว่างเมฆ. (2563). การยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยการท่องเที่ยวทางทะเลในประเทศไทย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *22*(2), 331–345.

วิปัศยา คุ้มสุพรรณ, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และกุลวดี อภิชาตบุตร. (2565). การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *49*(1), 138–147.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Prehospital care guidelines)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2566). *ระบบคลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน (Data Warehouse)*. สืบค้นจาก https://report.niems.go.th/niemsdwh/index.html

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). *รายงานประจำปี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 2566*. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2566). *ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบาย ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2567–2570)*. สืบค้นจาก https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00201/15afd03d-b50e-44a6-98ba-5ee82c5e445e.pdf

สภาการพยาบาล. (2563). *คู่มือหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน พ.ศ. 2563*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์. (2560). กรอบแนวคิดในการศึกษาการพยาบาลเวชศาสตร์ทางทะเล. *วารสารแพทย์นาวี*, *44*(3), 137–145.

อรวรรณ สุพรรณภพ, ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม, และลุยง วีระนาวิน. (2561). การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ. *วารสารแพทย์นาวี*, *45*(3), 421–434.

อาทิตยา ดวงมณี, อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์, และอมรทิพย์ ณ บางช้าง. (2561). การประเมินความต้องการจำเป็นของความรู้ด้านเวชศาสตร์ทางทะเลของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทย์นาวี*, *45*(1), 1–19.

Deng, J., Kou, X., Ma, H., Niu, A., & Luo, Y. (2024). Qualitative study on the core competencies of nursing personnel in emergency medical rescue teams at comprehensive hospitals in Chongqing, China. *BMJ Open*, *14*(4), e077821. doi:10.1136/bmjopen-2023-077821

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “intelligence”. *American Psychologist*, *28*(1), 1–14. doi:10.1037/h0034092

ภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว: การวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน

The Nurse Anesthetists' Burnout at Anesthesia Department of Sakaeo Crown Prince Hospital: A Convergent Mixed-Methods Study

ชณัญญา ถิรประพฤทธิ์, พย.บ. [1]
Chananya Thirapraphruet, B.N.S. [1]
รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, Ph.D. (Nursing) [2]
Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) [2]
สุภาวดี เพ็งสมดี, พย.บ. [3]
Supawadee Pengsomdee, B.N.S. [3]

Received: June 3, 2026 Revised: June 21, 2026 Accepted: June 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นรายด้าน .86, .85 และ .78 ตามลำดับ และแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การพิจารณา

[1] วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
[1] Nurse Anesthetist, Sakaeo Crown Prince Hospital
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungnapha@pnc.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
[3] Registered Nurse, Sakaeo Crown Prince Hospital

ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า วิสัญญีพยาบาลมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70 มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70 และมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงระบบการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ วิสัญญีพยาบาล การวิจัยแบบผสานวิธี

Abstract

This convergent mixed-methods study aimed to explore the level of burnout among nurse anesthetists. The participants consisted of 10 nurse anesthetists working at the anesthesia department of Sakaeo Crown Prince Hospital. The research instruments included a demographic questionnaire, the Thai version of the Maslach Burnout Inventory (MBI), with the reliabilities of .86, .85, and .78 for each domain, respectively, and a semi-structured interview guide. Data was collected from November 2023 to March 2024. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, median, and interquartile range. Qualitative data were analyzed using a content analysis approach.

The research results revealed that 70% of the nurse anesthetists had low levels of emotional exhaustion and depersonalization, while 90% reported high levels of personal accomplishment.

This research suggests that nursing administrators should use these findings to enhance personnel development programs aimed at preventing burnout. This may help nursing personnel achieve a better quality of work life.

Keywords: Burnout, Nurse anesthetist, Mixed-methods study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) เป็นภาวะที่บุคคลได้รับแรงกดดันจากการทำงานเป็นเวลานานจนทำให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ศรีสกุล เฉียบแหลม และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2563) อาการที่พบมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotionally exhausted) คือ ความรู้สึกหมดพลังกับการทำงานจากการรับแรงกดดันที่มากเกินไป 2) การลดค่าความเป็นบุคคล (depersonalization) คือ การมีทัศนคติทางลบต่อเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการ และ 3) การลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล (reduced personal accomplishment) คือ ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(Maslach & Jackson, 1981 อ้างถึงในปองกานต์ ศิโรรัตน์, 2563) ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาที่พบบ่อยในบุคลากรที่มีอาชีพให้การบริการ โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาภาวะหมดไฟ ดังการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งมีความเหนื่อยหน่ายโดยรวมในระดับปานกลาง (ฟาอิส วาเลาะแต, นิซูไรดา นิมุ, สุรวุฒิ ดอเลาะ, และอนุชิต มะรอปี, 2567) เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่หลากหลาย งานมีความกดดัน และภาระงานที่หนัก ต้องพบกับความเครียดตลอดเวลา

ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น แผนกที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการทำงาน พฤติกรรมของผู้นำ ปริมาณงานที่มาก ความขัดแย้งในบทบาท และการมีเวลาจำกัด (Maslach, 1982 อ้างถึงในนัยนา แสงทอง, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์ (2564) ที่พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ลักษณะงาน และการพัฒนาอาชีพ มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 42.30 นอกจากนี้ การศึกษาของพรภิมล สุขเพีย, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, สมปรารถนา ดาผา, และพรพิศ สุวรรณัง (2566) ยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ คือ การรับรู้ภาระงาน และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โดยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการระบุว่า ภาวะหมดไฟและความตั้งใจลาออกของพยาบาลไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและการสนับสนุนบุคลากร ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและภาระงาน และปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารองค์กร (เจียระไน เลิศจิรภักดีกุล และมณฑิรา เหมือนจันทร์, 2568)

การที่พยาบาลมีภาระงานมาก ร่วมกับสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง เช่น ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานติดต่อกันเกินไป ต้องอยู่เวรหรือรอการขึ้นปฏิบัติงาน (on call) ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่แตกต่างกัน เช่น พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด รวมถึงวิสัญญีพยาบาล โดยภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางวิสัญญี ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อความผาสุกของบุคลากรและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการ (Sakulteera, Puranitee, Pathanasethpong, Rattana-arpa, & Raksamani, 2026) จากการศึกษาพบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาระงานที่มากเกินไป การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ความก้าวหน้าในอาชีพต่ำ และการมีสัมพันธภาพที่มีความกดดันสูง (Li, Xiang, Jiang, & Gu, 2025) และจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการพบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 12.50–72.00 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ การขาดอิสระในการตัดสินใจ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ความขัดแย้งทางจริยธรรม และสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีกับแพทย์ (Congdon, Boyd, & Alexander, 2025) ทั้งนี้ วิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการบำบัดรักษาด้วยหัตถการทางเวชกรรมต่าง ๆ ซึ่งการระงับความรู้สึกเป็นหัตถการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ทักษะ ประสบการณ์ และความสามารถในการตัดสินใจของวิสัญญีพยาบาล (สุวรรณา ภูบุญเติม, 2558) ทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานได้ง่าย จนนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน และส่งผลให้มี

ความตั้งใจลาออกจากตำแหน่ง ความพึงพอใจในงานลดลง และเกิดความเหนื่อยล้า (Congdon et al., 2025)

สำหรับสถานการณ์ในหน่วยงานวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่ามีวิสัญญีพยาบาลลาออก 1 คน ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 เนื่องจากมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ยาวนานและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้เหลือวิสัญญีพยาบาล 15 คน แบ่งออกเป็นผู้บริหาร 2 คน ผู้ปฏิบัติ 12 คน และกำลังอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่จะเกษียณอายุราชการ 1 คน ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 และจากสถิติการให้บริการวิสัญญีในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 พบว่า หน่วยงานวิสัญญีให้บริการผู้ป่วยจำนวน 6,243 คน 5,371 คน และ 5,831 คน ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งถือว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมาก ในการขึ้นปฏิบัติงาน จะขึ้นเวรเช้าทุกวันในเวลาราชการ และอยู่เวรนอกเวลาราชการร่วมด้วย ซึ่งแบ่งออกเป็นเวรห้องพักฟื้นและเวรวิสัญญี เวรห้องพักฟื้นจะขึ้นเวรเช้าต่อเวรบ่าย รวมระยะเวลา 16 ชั่วโมง ส่วนเวรวิสัญญีจะขึ้นเวรเช้าต่อเวรบ่ายต่อเวรดึก และต้องขึ้นเวรเช้าในวันถัดไปอีกโดยไม่ได้พัก รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน 32 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ยแล้วปฏิบัติงาน 72 ชั่วโมงต่อคนต่อสัปดาห์ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลตราดซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเช่นเดียวกัน มีการขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าทุกวันในเวลาราชการ และอยู่เวรนอกเวลาเช่นกัน แต่การขึ้นเวรต่อเวรดึกนั้น เช้าวันถัดมาจะได้พัก 1 วัน ซึ่งการปฏิบัติงานในชั่วโมงที่ยาวนานก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย (Bae & Fabry, 2014 อ้างถึงในสุวรรณา ภูบุญเติม, 2558) ในด้านอัตรากำลังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว คือ วิสัญญีพยาบาล 1.5 คน ต่อผู้ป่วย 1 ห้องผ่าตัด ซึ่งตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลกำหนดให้มีวิสัญญีพยาบาล 2 คน ต่อผู้ป่วย 1 ห้องผ่าตัด ทำให้เวรนอกเวลายังไม่สามารถจัดทีมวิสัญญีพยาบาลขึ้น 2 ทีม ได้เหมือนกับทีมห้องผ่าตัด ซึ่งทีมวิสัญญีพยาบาล 1 ทีม ต้องมีวิสัญญีพยาบาล 2 คน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย และเป็นไปตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล นอกจากนี้วิสัญญีพยาบาลยังต้องรับผิดชอบงานหลากหลายประเภท ทั้งงานบริการอื่นๆ และงานคุณภาพ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้สร้างความเครียดสะสมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวิสัญญีพยาบาลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูง

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับให้ผู้บริหารองค์กรเห็นถึงความสำคัญในการรับมือกับภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้น เพื่อวางแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมทั้งเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพบริการทางการพยาบาลต่อไป

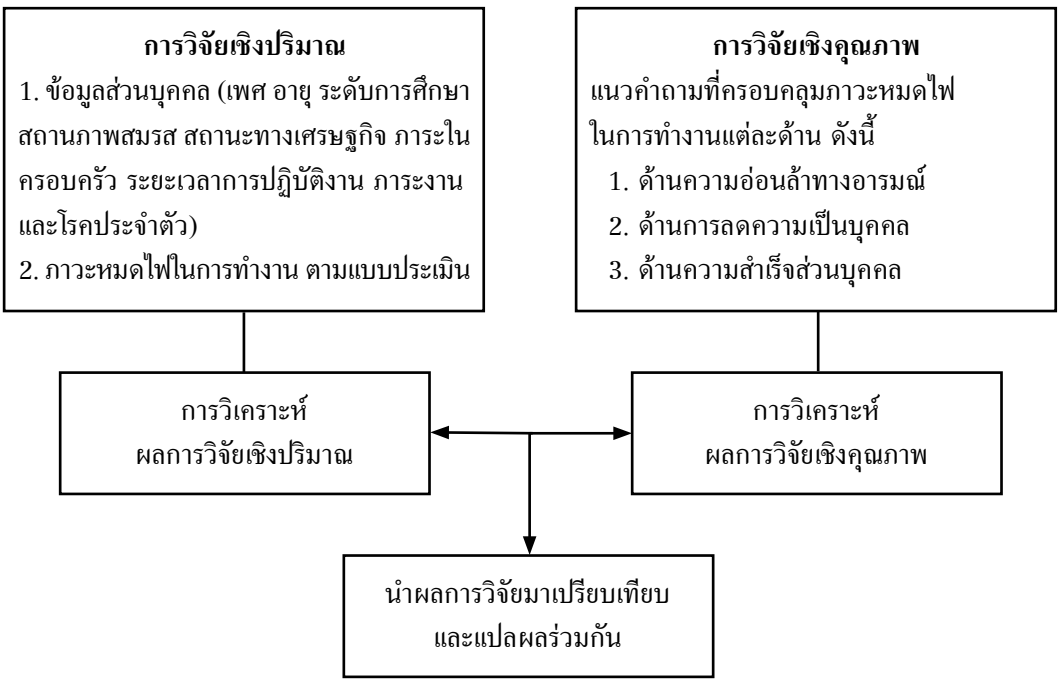
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ของ Maslach and Jackson (1981 อ้างถึงในปองกานต์ ศิโรรัตน์, 2563) ซึ่งแบ่งภาวะหมดไฟในการทำงานออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล มีภาวะความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ จนทำให้เกิดผล

ของความสัมพันธ์ทางลบกับผู้อื่น ทั้งเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อตัวเองในเชิงประสิทธิภาพ ความสามารถ และการมองตัวเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน (convergent mixed-methods study) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณพร้อมกันกับเชิงคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน และจะนำผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสรุปตีความร่วมกันในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกันของภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นำไปสู่การวางแผนลดภาวะหมดไฟในการทำงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีแบบคู่ขนาน (convergent mixed-methods study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นวิสัญญีพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติงาน ไม่ใช่ระดับผู้บริหาร 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี 1 ปีขึ้นไป 3) ไม่อยู่ในช่วงลาอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ภาระในครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภาระงาน และโรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory [MBI]) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Maslach and Jackson ปี ค.ศ. 1986 และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) ดังนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 0–6 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ทุก ๆ วัน สัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เดือนละ 2–3 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง ปีละ 2–3 ครั้ง และไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ละด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์: ระดับต่ำ (0–16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17–26 คะแนน) และระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป) ด้านการลดความเป็นบุคคล: ระดับต่ำ (0–6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7–12 คะแนน) และระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล: ระดับต่ำ (39 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (32–38 คะแนน) และระดับสูง (0–31 คะแนน) กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูง แต่มีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมภาวะหมดไฟในการทำงานแต่ละด้าน จำนวนด้านละ 3 ข้อ รวมจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ประกอบด้วยแนวคำถาม “คุณมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายอย่างไรจากการทำงาน” “คุณรู้สึกว่าภาระงานและชั่วโมงการทำงานมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร” และ “ในการให้การบริการหรือการพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร” ด้านการลดความเป็นบุคคล ประกอบด้วยแนวคำถาม “ในการให้การบริการหรือการพยาบาล คุณใส่ใจ ให้ความสำคัญ หรือมีเมตตากับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร” “คุณกังวลหรือไม่ อย่างไร ว่างานที่คุณทำอยู่จะทำให้คุณเป็นคนเจ้าอารมณ์” และ “ที่ผ่านมาผู้ป่วยได้กล่าวโทษหรือตำหนิคุณหรือไม่ว่าเป็นต้นเหตุในบางปัญหาของพวกเขา” และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ประกอบด้วยแนวคำถาม “เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย คุณสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ดีหรือไม่ อย่างไร” “คุณคิดว่าคุณเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร” และ “คุณมีความรู้สึกอย่างไรหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย”

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลระดับผู้บริหาร (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และ .80 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานไปทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .86, .85 และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว (เอกสารรับรอง เลขที่ S024q/66 Exempt วันที่ 5 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมของแผนกวิสัญญี ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพก่อน โดยนัดหมายวัน-เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาคนละ 20–30 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการจับประเด็นสำคัญของข้อมูลและจดบันทึกสรุปสั้น ๆ พร้อมบันทึกเสียง ซึ่งการสัมภาษณ์จะยุติเมื่อได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสมบูรณ์ (data saturation) จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยให้เวลา 15–20 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ และข้อมูลภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (content analysis) และคำนึงถึงบริบทข้อมูล โดยนำข้อมูลมาถอดความแบบคำต่อคำ อ่านบทสนทนาซ้ำ ๆ หลายรอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ จับประเด็นการสนทนา ดึงคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องมาแยกข้อความสำคัญไว้ จัดกลุ่มข้อมูลของนัยความหมายที่เป็นแนวทางเดียวกัน กำหนดชื่อรหัสข้อมูล จัดรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์หมวดหมู่ที่ได้จัดเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย ทำการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และอ้างอิงคำพูดประกอบ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์รวบยอดในการแปลผลการวิจัย และอ้างอิงคำพูดประกอบผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล (n = 10) พบว่า วิสัญญีพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 31–35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 สถานะทางเศรษฐกิจ มีรายได้เหลือพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 มีภาระในครอบครัวด้านการเงินมาก คิดเป็นร้อยละ 60 และมีภาระในครอบครัวด้านการดูแลมาก คิดเป็นร้อยละ 60 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 คิดว่าภาระงานมีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90

2. ภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล (n = 10) พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีค่ามัธยฐานภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 1.44 คะแนน (IQR = 2) ด้านการลดความเป็นบุคคลเท่ากับ .40 คะแนน (IQR = 1) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลเท่ากับ 1.31 คะแนน (IQR = 1.56) โดยพบว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20 และในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20 และในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟ

ในการทำงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90 และในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล (n = 10)

3.1 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกเครียดในบางครั้งที่พบเคสผ่าตัดที่มีปัญหาแทรกซ้อนมาก ๆ เหนื่อยล้าในบางครั้งที่ต้องทำงานหลายด้าน ทั้งงานบริการ งานคุณภาพ ประกอบกับในช่วงเวลาหนึ่งเกิดการขาดแคลนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำให้มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และเบื่อปัจจัยรอบข้างมากกว่างานที่ทำอยู่ ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย 1 ประเด็น คือ เกิดขึ้นไม่นานแล้วก็ผ่านไป ดังคำพูดต่อไปนี้

"มีแวบเข้ามาตลอด เป็นโรคเบื่อวันจันทร์ อะไรแบบนี้ มีหนักมาก ๆ ช่วงที่เราไม่มีน้อง nurse aid แบบทำให้เราเบื่อวันจันทร์ แต่ช่วงนี้ตั้งแต่ได้น้อง nurse aid เพิ่มมาก็ดีขึ้น และวันศุกร์ก็ได้พักแล้ว" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"เราเบื่อ เราไม่ได้เบื่อที่เนื้องาน แต่เบื่อปัจจัยรอบข้างมากกว่า อย่างช่วงเราไม่มีน้อง nurse aid เราต้องทำงาน cover หลายอย่าง เก็บของ เช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์การแพทย์ อะไรอย่างเนี้ย ของหายนิดหน่อยก็ตามหา เราก็เข้าใจแหละว่าต้องตามหา แต่ว่าบางทีมันไม่ได้เป็นจากเรา เรามีหลักฐาน มันอึดอัด แต่โชคดีกลับบ้านยังมีครอบครัวช่วยให้กำลังใจ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"รู้สึกมีบ้างที่เบื่อ เป็นบางวัน วันนี้ไม่อยากมา เหนื่อยจากการอยู่เวรเพราะคนน้อย ต้องทำงานแทนคนอื่นทั้งที่ไม่ใช่หน้าที่ แค่ประมาณนั้น แต่ไม่บ่อย ได้นอนก็หาย และตอนนี้มีน้อง nurse aid มาเพิ่มก็โอเคขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

3.2 ด้านการลดความเป็นบุคคล พบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีทัศนคติทางลบกับเพื่อนร่วมงานและผู้มารับบริการ ถึงแม้จะมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการขาดแคลนบุคลากร และความต้องการและความคาดหวังของผู้มาบริการที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบให้ดีที่สุด ประกอบด้วย 1 ประเด็น คือ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังคำพูดต่อไปนี้

"มันก็มีที่ผ่านมาโดนคนไข้หรือญาติมีอารมณ์เสียใส่ มาตำหนิเราทั้ง ๆ ที่เราไม่ได้ทำอะไร มันก็ไม่โอเค แต่พอเรานึกถึงว่าบางทีเค้าอาจจะยังไม่รู้ ไม่มีใครอธิบายเค้า เราก็ต้องเงียบก่อน ก็รู้สึกว่ามันไม่ใช่จากฉัน แต่ก็รับฟังปัญหาของเขา" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"มันก็มีนะ เพราะว่าด้วยหน้างาน ภาระงานเราแล้วก็ความเครียด การประสานงานหลายด้าน แต่ว่าเราโตแล้ว เราก็ควบคุมอารมณ์ เอาคนไข้เป็นหลักก่อน" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

3.3 ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล พบว่า วิสัญญีพยาบาลเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้สึกแง่ลบต่องานที่ทำ ไม่มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ มีการรับมือกับปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาในการทำงานได้ดีตามความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 1 ประเด็น คือ ประสบการณ์คือการเรียนรู้ ดังคำพูดต่อไปนี้

"ถ้าประเมินตัวเองในการจัดการแก้ไขปัญหาไม่ได้ดีมาก 100% อาจจะด้วยประสบการณ์ อายุการทำงานในด้านวิสัญญียังมีน้อย เหตุการณ์บางอย่างอาจจะตัดสินใจได้ไม่เฉียบพลัน ยังต้องตามแพทย์หรือตามพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่ามาช่วย และก็จะจำเอาไว้ว่าถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นในครั้งต่อไปเราจะต้องจัดการยังไง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"จากการทำงานวิสัญญีมาหลายปี ประสบการณ์ที่ผ่านมา หนูว่าการตัดสินใจ การแก้ปัญหาของหนูมัน OK นะ ความรู้ความสามารถหนูก็ update ตลอดนะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

4. ผลการวิเคราะห์แบบผสานวิธี ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพช่วยให้เข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแสดงผลร่วมจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อแสดงถึงภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล (n = 10)

ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ	การวิเคราะห์แบบผสานวิธี
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (0–16 คะแนน) จำนวน 7 คน (Med = 1.44, IQR = 2)	เกิดขึ้นไม่นานแล้วก็ผ่านไป ด้วยภาระงาน (workload) ของวิสัญญีพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนคน จึงทำให้ภาระงานเกินความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นไม่นาน เพราะหน่วยงานมีกำลังคนมาเพิ่มขึ้น	ยืนยัน: ด้วยภาระงานของวิสัญญีพยาบาลที่ไม่สมดุลในระยะแรก จึงทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความอ่อนล้าในงานที่รับผิดชอบ แต่เกิดขึ้นไม่นาน เนื่องจากปัญหาได้รับการแก้ไขจากหน่วยงานด้านการเพิ่มอัตรากำลังคน จึงทำให้ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
ด้านการลดความเป็นบุคคล คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (0–6 คะแนน) จำนวน 7 คน (Med = .40, IQR = 1)	ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องด้วยลักษณะงานของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ป่วย ทำให้มีความเครียดสูง ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในงาน แต่เมื่อนึกถึงผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทำให้ความเบื่อหน่ายนั้นเป็นเพียงชั่วคราว	ยืนยัน: เนื่องจากลักษณะงานของวิสัญญีพยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสารประสานงานกับแผนกต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้บางครั้งเกิดความไม่เข้าใจกัน แต่ก็ไม่ได้ทำให้รู้สึกเย็นชาหรือมีทัศนคติทางลบต่อเพื่อนร่วมงานหรือผู้มารับบริการ ซึ่งอาจเป็นเพราะสังคมไทยมีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลกันมาโดยตลอด ทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้สึกลดค่าความเป็นบุคคลในระดับต่ำ
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล คะแนนอยู่ในระดับสูง (0–31 คะแนน) จำนวน 9 คน (Med = 1.31, IQR = 1.56)	ประสบการณ์คือการเรียนรู้ เหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น เมื่อประสบการณ์น้อยจะทำให้ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ แต่เมื่อได้นำประสบการณ์นั้นกลับมาคิดวิเคราะห์ ทบทวน และเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ทำให้มีการพัฒนา ความสามารถในการทำงาน มีการคิดตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้จนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้มีความสุขในการทำงาน	ยืนยัน: ลักษณะงานของวิสัญญีพยาบาลฝึกให้รู้จักคิดเป็นระบบ มีการวางแผนเป็นขั้นเป็นตอน จะประมาทไม่ได้เพราะเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นประสบการณ์ในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทุกคนจะเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการมาแก้ไขปัญหา และรู้ศักยภาพตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้มากน้อยแค่ไหน ไม่ได้รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงาน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ (ร้อยละ 70) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มีช่วงเวลาหนึ่งที่วิสัญญีพยาบาลรู้สึกว่าภาระงานมาก ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ช่วงเวลานั้นขาดแคลนบุคลากรผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำให้วิสัญญีพยาบาลมีภาระในการทำงานทั้งด้านการพยาบาลและงานในหน่วยงานเพิ่มขึ้นจากเดิม จนทำให้เกิดความรู้สึกเครียด เหนื่อยล้า เบื่อหน่ายที่ต้องมาทำงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ได้รับการแก้ไขโดยผู้บริหารได้จัดหาอัตรากำลังคนมาเพิ่มในภายหลัง ทำให้ความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาลหลังจากนั้นดีขึ้น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่ายที่มีได้ลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวดี สุมาลัย (2564) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 49.70) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร เวียงสิมมา และสมปรารถนา ดาผา (2568) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ (ร้อยละ 70) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าบางครั้งวิสัญญีพยาบาลจะรู้สึกเหนื่อยล้า หมดพลังในการทำงาน แต่ก็ไม่ได้รู้สึกเย็นชาหรือมีทัศนคติทางลบต่อเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อนึกถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ ทำให้ความเบื่อหน่ายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงชั่วคราว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, บุญเติม แสงดิษฐ, และทศพร วิมลเก็จ (2561) ที่พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวดี สุมาลัย (2564) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 49.70) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร เวียงสิมมา และสมปรารถนา ดาผา (2568) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง (ร้อยละ 90) แสดงถึงการมีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าตัวเองมีประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา รู้ในศักยภาพของตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานในการไปอบรมเพิ่มพูนทักษะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำงาน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร เวียงสิมมา และสมปรารถนา ดาผา (2568) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และคณะ (2561) ที่พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายด้านการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับปานกลาง

แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่ทางทีมผู้บริหารองค์กรและงานพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลต้องรู้เท่าทันภาวะหมดไฟในการทำงานและสามารถจัดการแก้ไขได้ทันท่วงที อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถศึกษาปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงานได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อย อีกทั้งทำการศึกษาเฉพาะวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังวิสัญญีพยาบาลใน

ระดับต่างกันหรือที่อยู่นอกสังกัดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับภาระงานของวิสัญญีพยาบาลให้เหมาะสม รวมถึงเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน เช่น การให้ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น การสร้างบรรยากาศที่ดีในองค์กร การเอื้ออำนวยในการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้างานกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มวิสัญญีพยาบาล

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพไปอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลอย่างน้อยปีละ 2 คน เพื่อเพิ่มอัตรากำลังคนในหน่วยงานวิสัญญี และช่วยลดความเครียดจากการทำงานให้กับวิสัญญีพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของวิสัญญีพยาบาล โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. (2566). *สรุปยอดผู้มารับบริการทางวิสัญญี ปี พ.ศ. 2563–2565*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

เจียระไน เลิศจิรภักดีกุล, และมณฑิรา เหมือนจันทร์. (2568). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟและความตั้งใจลาออกของพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, *34*(3), B47–B57.

ดวงพร เวียงสิมมา, และสมปรารถนา ดาผา. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *28*(1), 50–61.

นัยนา แสงทอง. (2555). *ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ปองกานต์ ศิโรรัตน์. (2563). *การศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงานองค์กรรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะวดี สุมาลัย. (2564). ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, *4*(2), 66–78.

พรภิมล สุขเพีย, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, สมปรารถนา ดาผา, และพรพิศ สุวรรณัง. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารนักบริหาร*, *43*(2), 58–82.

ฟาอิส วาเลาะแต, นิซูไรดา นิมุ, สุรวุฒิ ดอเลาะ, และอนุชิต มะรอปี. (2567). การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, *16*(2), 217–236.

วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, บุญเติม แสงดิษฐ, และทศพร วิมลเก็จ. (2561). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, *71*(3), 163–172.

ศรีสกุล เฉียบแหลม, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ภาวะหมดไฟในการทำงาน. *แพทยสารทหารอากาศ*, *66*(2), 44–52.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2560). *แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7*. สืบค้นจาก https://mhc7.dmh.go.th/23/09/2022/5996/

สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุวรรณา ภูบุญเติม. (2558). *ความเครียดในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Congdon, C. R., Boyd, D. R., & Alexander, G. L. (2025). Contributing factors and associated outcomes of burnout among certified registered nurse anesthetists: An integrative review. *AANA Journal*, *93*(3), 169–176. doi:10.70278/AANAJ/.0000001016

Li, Y., Xiang, D., Jiang, Y., & Gu, S. (2025). Understanding burnout among operating room nurses: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1604631. doi:10.3389/fpubh.2025.1604631

Sakulteera, N., Puranitee, P., Pathanasethpong, A., Rattana-arpa, S., & Raksamani, K. (2026). Burnout among anesthesia personnel in Thailand: A national survey of workload, personality traits, and resilience. *PLOS ONE*, *21*(5), e0349336. doi:10.1371/journal.pone.0349336

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก*

Factors Related to Smoking among Pga K'nyau People in Umphang District, Tak Province*

ภูษฎา ยมนวกุล, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Phusada Yomnawakul, M.P.H. (Public Health) [1]
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) [2]
Chakkraphan Phetphum, Dr.P.H. (Public Health) [2]

Received: April 10, 2026 Revised: May 21, 2026 Accepted: June 2, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวปกาเกอะญออายุ 20–60 ปี ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 315 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ชาวปกาเกอะญอมีการสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 78.73 และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ได้แก่ เพศ (AOR = 4.33,

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

[1] มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1] Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: phusaday63@nu.ac.th

[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

95% CI = 2.41–7.77, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (AOR = 2.78, 95% CI = 1.48–5.22, $p < .01$) ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (AOR = 7.60, 95% CI = 1.39–41.53, $p < .05$) และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (AOR = 12.10, 95% CI = 2.41–60.72, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานในส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องโทษของการสูบบุหรี่ และให้ชาวปกาเกอะญอมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
คำสำคัญ: ชาวปกาเกอะญอ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the prevalence of smoking and factors related to smoking among Pga K'nyau people. The sample consisted of 315 Pga K'nyau people in Umphang District, Tak Province, aged 20–60 years. The research instruments included a personal data questionnaire, a knowledge test regarding cigarettes with a reliability of .85, an attitudes questionnaire toward smoking with a reliability of .78, a conformity to social norms questionnaire regarding smoking with a reliability of .87, and a smoking questionnaire. Data were collected from February to April 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and multiple logistic regression analysis (enter method).

The research results revealed that 1) the prevalence of smoking among Pga K'nyau people (in the recent 30 days) was 78.73%; and 2) the factors that statistically significantly affected smoking among Pga K'nyau people were composed of gender (AOR = 4.33, 95% CI = 2.41–7.77, $p < .001$), knowledge regarding cigarettes (AOR = 2.78, 95% CI = 1.48–5.22, $p < .01$), attitudes toward smoking (AOR = 7.60, 95% CI = 1.39–41.53, $p < .05$), and conformity to social norms regarding smoking (AOR = 12.10, 95% CI = 2.41–60.72, $p < .01$).

This research suggests that healthcare and local agencies should provide proactive activities to enhance knowledge regarding cigarettes' harm as well as encourage Pga K'nyau people to enroll in various activities. This will help increase awareness and modify attitudes toward smoking among Pga K'nyau people.
Keywords: Pga K'nyau people, Smoking

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ยาสูบเป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดของโลก ปัจจุบันมีผู้ใช้ยาสูบทั่วโลกประมาณ 1.3 พันล้านคน โดยร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับยาสูบมากที่สุด ทุก ๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบมากกว่า 8 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้กว่า 7 ล้านคน เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และประมาณ 1.3 ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ขณะเดียวกัน เด็กเกือบครึ่งหนึ่งของโลกต้องเผชิญกับอากาศที่ปนเปื้อนควันบุหรี่ และมีเด็กประมาณ 65,000 คน เสียชีวิตในแต่ละปีจากโรคที่เกี่ยวข้องกับควันบุหรี่มือสอง (World Health Organization, 2024)

จากข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2561 พบว่า ภูมิภาคของประเทศไทยที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ภาคใต้ รองลงมา คือ ภาคเหนือ ซึ่งบ่งบอกได้ว่าภูมิภาคที่อยู่ห่างไกลความเจริญมีการสูบบุหรี่มากกว่า ซึ่งก็มีเหตุผลหลายประการ เช่น ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย ความตื่นตัวของประชาชน ความเชื่อ ประเพณีของชุมชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มชาติพันธุ์ ที่พบว่ามีความเชื่อที่หลากหลายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น เชื่อว่าคนฟันขาวมีโอกาสที่จะเกิดฟันผุได้ง่ายกว่าคนฟันดำ การมีฟันขาวเป็นที่น่ารังเกียจของคนในชุมชน ดังนั้นกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่จึงนิยมย้อมฟันให้ดำด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การเคี้ยวหมาก ยาเส้น และนำยาเส้นมามวนสูบในวิถีชีวิตประจำวัน อีกทั้งเชื่อว่าควันบุหรี่ช่วยป้องกันและขับไล่แมลงรบกวนต่าง ๆ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยดับความเปรี้ยวปากหลังจากกินข้าว นอกจากนี้กลุ่มชาติพันธุ์บางส่วนยังใช้บุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อของคนในชุมชนด้วย (ธวัชชัย อภิเดชกุล, อรนลิน สิงขรณ์, บุคอรี ปุตสะ, สุดเขต เดชพิทักษ์ยนต์, และพิชญ์นรี ทูตสันติ, 2560) โดยภาคเหนือของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่มาก ได้แก่ ปกาเกอะญอ คะฉิ่น ดาราอาง ลเวือ ละหู่ ลีซู ม้ง เมี่ยน และอ่าข่า (สำนักงานสภาชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย, 2558)

การสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและคนรอบข้างจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งคนที่ไม่สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่มือสองจากการสูดดมสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ (ภัทรินทร์ ศิริทรากุล, 2564) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา ไม่เพียงแค่ปัญหาด้านชีวิตและสุขภาพเท่านั้น การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านค่ารักษาพยาบาลและค่ายาต่าง ๆ ที่ผู้สูบบุหรี่หรือผู้เกี่ยวข้องต้องสูญเสียไปเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และจากการเจ็บป่วยที่บ่อยขึ้น จากการรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า การสูบบุหรี่มีความเชื่อมโยงกับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดราว 1.7 ล้านคน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.6 ล้านคน มะเร็งปอดและหลอดลม 1.3 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 1 ล้านคน แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มานาน หนึ่งในสองจะเสียชีวิตโดยมีสาเหตุที่เชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่โดยตรง และผู้สูบบุหรี่จะมีอายุขัยน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบเลยเฉลี่ยถึง 10 ปี ซึ่งการเสียชีวิตที่มาจากการบริโภคยาสูบนั้น ประมาณร้อยละ 87 เกิดขึ้นกับผู้ที่ยังคงสูบอยู่ โดยมีเพียงร้อยละ 6 ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เลิกสูบไปแล้วก่อนหน้านั้นอย่างน้อย 15 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์สำคัญทางสุขภาพจากการเลิกสูบบุหรี่ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2563)

จากข้อมูลการสำรวจการสูบบุหรี่ของศูนย์ข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า จังหวัดตากมีจำนวนผู้สูบบุหรี่

20,345 คน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 22.56 นับเป็นลำดับที่ 3 ของภาคเหนือ โดยอำเภอที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ อำเภอท่าสองยาง ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 28.43 รองลงมา คือ อำเภออุ้มผาง ร้อยละ 21.23 ซึ่งทั้ง 2 อำเภอนี้ มีอาณาเขตพื้นที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาและมีกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2561) โดยเฉพาะในอำเภออุ้มผางที่พบว่ามีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น คือ ปกาเกอะญอ ม้ง และพม่า ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง (2563) พบว่า กลุ่มชาวปกาเกอะญอมีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมา คือ กลุ่มชาวพม่า ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 41.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ong-Artborirak and Seangpraw (2019) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ชาวปกาเกอะญอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ของชนเผ่ามักเกี่ยวข้องกับการสูบยาเส้นและเคี้ยวหมาก โดยธรรมเนียมการต้อนรับแขกของชนเผ่า คือ เมื่อแขกมาถึงแล้ว จะต้องวางยาเส้น น้ำชา และน้ำสะอาดให้แขกที่ขึ้นมาบ้าน และยังพบว่ายาสูบมีความสำคัญในชีวิตประจำวันอย่างหลากหลายมิติ ทั้งมิติพิธีกรรม ความเชื่อ ยารักษาโรค และเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพ คนชนเผ่าเชื่อว่ายาเส้นมีคุณสมบัติ คือ ฆ่าเชื้อโรค และรักษาแผลสด โดยมีการใช้ยาเส้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของยาสมุนไพร โดยเฉพาะยาสมุนไพรรักษาอาหารเป็นพิษ (ปฏิภาณ อายิ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอมีจำนวนไม่มากนัก โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชาวปกาเกอะญอ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ (พีรนุช จันทรคุปต์, 2540) ศาสนา รายได้ การปลูกยาเส้น โรคประจำตัว และพื้นที่อยู่อาศัย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2558) และพบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การสูบบุหรี่ (ซอฟูวัณ จารง, 2559) การเป็นผู้นำศาสนา (Friis et al., 2012) การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว (Abebe, Hafstad, Brunborg, Kumar, & Lien, 2015) ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (พลากร สืบสำราญ, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมรีรัตน์ มั่นวงศ์, นิยม จันทร์นวล, และวันวิสา จันทาทร, 2560) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นบางส่วนยังไม่สอดคล้องกัน และที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผางอย่างเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ชาวปกาเกอะญอเกิดความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

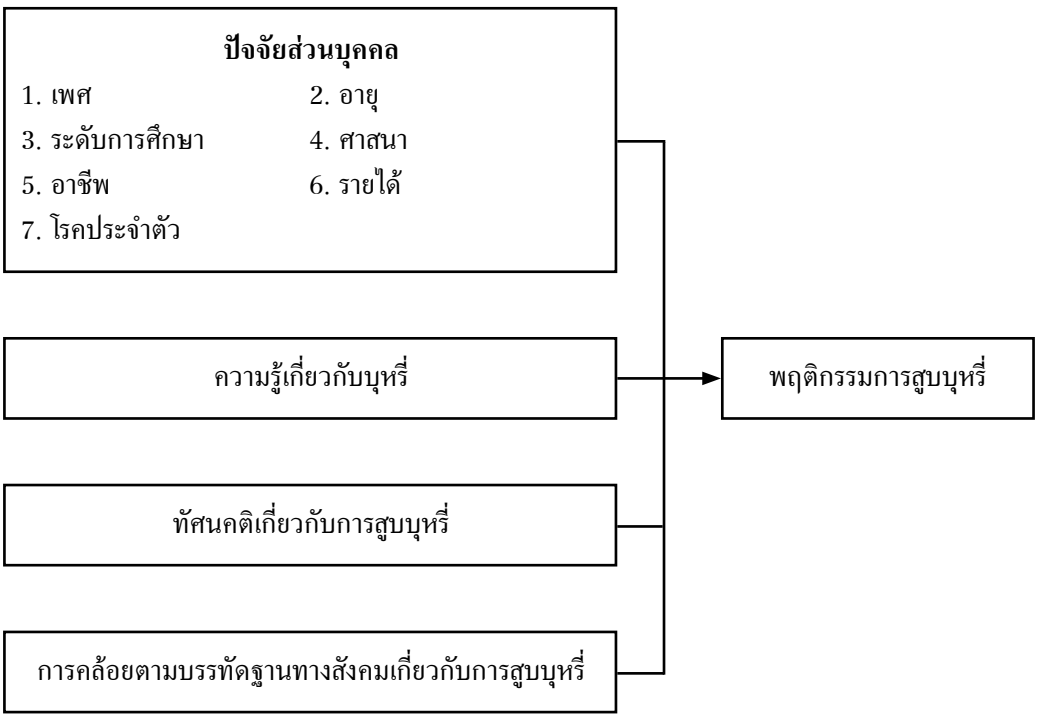
1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยคัดสรรตัวแปรอิสระจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยชาวปกาเกอะญอเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีประเพณีต่าง ๆ ที่ยังถือปฏิบัติสืบต่อกันมา อีกทั้งวิถีชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ ซึ่งคาดว่าปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีเชื้อชาติปกาเกอะญอ อายุ 20–60 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของที่ว่าการอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,428 คน (องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน (Daniel, 1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 196 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 315 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกตำบลทั้งหมดในอำเภออุ้มผาง ซึ่งมี 6 ตำบล กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากร เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับที่ของชาวปกาเกอะญอตามบัญชีรายชื่อในทะเบียนของแต่ละตำบล จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง (k) ในแต่ละตำบล สุ่มเลขเริ่มต้นจากเลข 1–10 แล้วหยิบรายชื่อโดยมีระยะห่างเท่ากับ k

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมความเข้าใจเกี่ยวกับส่วนประกอบและอันตรายของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่รู้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่หรือไม่รู้ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0–5.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6.00–7.99 คะแนน) และในระดับสูง (8.00–10.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (10–16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17–23 คะแนน) และในระดับสูง (24–30 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมการรับรู้ตามความเชื่อเกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นที่คาดหวังของชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1–3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการคล้อยตามในระดับต่ำ (10–16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17–23 คะแนน) และในระดับสูง (24–30 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเคยสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ชนิดของบุหรี่ที่สูบในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา จำนวนวันที่สูบบุหรี่ชนิดมวนในรอบ 30 วันที่ผ่านมา จำนวนบุหรี่ชนิดมวนที่สูบต่อวันในรอบ 30 วันที่ผ่านมา โอกาสที่สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา อาการเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา แหล่งที่มาของบุหรี่ และความคิดที่จะเลิกบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย (2 คน) และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแต่ละชุดเท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ฯ แบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมฯ ไปทดลองใช้กับชาวปกาเกอะญอที่มีอายุ 20–60 ปี ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสันสูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .85 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 492/2022 และ IRB No. P3-0101/2565 วันที่ 19 ธันวาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง เข้าพบนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สามารถสื่อสารภาษากะเหรี่ยงได้ จำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกอบรมวิธีการใช้เครื่องมือการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมการประชาคมหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบวัด โดยให้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ข้อมูลการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบเข้าพร้อมกัน ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง ใช้ค่าเฉลี่ยเป็นจุดตัด และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย และกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ชาวปกาเกอะญอเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.46 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.24 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.71 ปี (*SD* = 9.45) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.41 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 82.54 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.82 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีรายได้เฉลี่ย 11,397.46 บาทต่อเดือน (*SD* = 12,367.37) และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 47.30 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ชาวปกาเกอะญอมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.29 รองลงมา คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.38 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

3. ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ชาวปกาเกอะญอมีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.57 รองลงมา คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.43 ตามลำดับ

4. การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ชาวปกาเกอะญอมีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.73 รองลงมา คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 34.60 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.67

5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ชาวปกาเกอะญอส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่เกิน 100 มวน คิดเป็นร้อยละ 68.89 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ 21–25 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.50 สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ อยากลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.81 ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 78.73 ชนิดของบุหรี่ที่สูบในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คือ บุหรี่สำเร็จรูป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.87 ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ คือ ทุกช่วงเวลาที่อยากสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 61.69 จำนวนวันที่สูบบุหรี่ชนิดมวนในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่คือ 30 วัน (สูบทุกวัน) คิดเป็นร้อยละ 85.88 จำนวนบุหรี่ชนิดมวนที่สูบต่อวันในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คือ 2–5 มวนต่อวัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.82 โอกาสที่สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่คือ ทุกครั้งเมื่ออยากสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.29 อาการเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา คือ มีอาการทุกอย่าง (หงุดหงิด อ่อนเพลีย เกิดความเครียด ไม่อยากทำงาน และกระวนกระวาย) คิดเป็นร้อยละ 68.14 แหล่งที่มาของบุหรี่ส่วนใหญ่คือ ซื้อได้เองตามร้านค้า คิดเป็นร้อยละ 83.87 และความคิดที่จะเลิกบุหรี่ คือ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความคิดที่จะเลิกบุหรี่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.93

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($\chi^2 = 26.539$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ($\chi^2 = 9.194$, $p < .01$) ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 11.757$, $p < .01$) และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 8.070$, $p < .01$)

6.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) เพศ โดยชาวปกาเกอะญอที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่เป็นเพศหญิง 4.33 เท่า (AOR = 4.33, 95% CI = 2.41–7.77, $p < .001$) 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยชาวปกาเกอะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับสูง 2.78 เท่า (AOR = 2.78, 95% CI = 1.48–5.22, $p < .01$) 3) ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยชาวปกาเกอะญอที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูง 7.60 เท่า (AOR = 7.60, 95% CI = 1.39–41.53, $p < .05$) และ 4) การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยชาวปกาเกอะญอที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ 12.10 เท่า (AOR = 12.10, 95% CI = 2.41–60.72, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ (n = 315)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
	COR (95% CI)	*p*	AOR (95% CI)	*p*
เพศ				
หญิง	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ชาย	4.34 (2.42–7.80)	< .001	4.33 (2.41–7.77)	< .001
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่				
ระดับสูง	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับต่ำ	2.32 (1.33–4.04)	.003	2.78 (1.48–5.22)	.001
ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่				
ระดับสูง	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับต่ำ	2.57 (1.48–4.47)	.001	7.60 (1.39–41.53)	.019
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	2.18 (1.26–3.78)	.005	12.10 (2.41–60.72)	.002

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชาวปกาเกอะญอส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่เกิน 100 มวน ร้อยละ 68.89 มีการสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 78.73 และจำนวนวันที่สูบบุหรี่ชนิดมวนในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่คือ 30 วัน (สูบทุกวัน) ร้อยละ 85.88 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ชาวปกาเกอะญออยู่อาศัยกันแบบหมู่บ้าน มีวัฒนธรรมเป็นของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในเขตชุมชนชนบท ได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่น้อย และในหมู่บ้านมีการปลูกต้นยาสูบซึ่งสามารถผลิตใช้ได้เอง ประกอบกับเห็นตัวอย่างการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากครอบครัว ชุมชน ทำให้สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่ม

ตัวอย่าง คือ อยากลอง มากที่สุด (ร้อยละ 50.81) จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ผิดปกติแต่อย่างใด สามารถทำได้ทั่วไปในชุมชน นอกจากนี้ชาวปกาเกอะญอยังใช้บุหรี่เป็นส่วนประกอบในพิธีกรรมต่าง ๆ เมื่อเสร็จพิธีแล้วผู้เข้าร่วมพิธีต้องรับของในพิธีมากินหรือดื่ม จึงจะถือว่าได้ร่วมฉลองในพิธีนั้น ๆ ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ ข้างต้นล้วนมีส่วนเอื้อต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ (2566 อ้างถึงในวัชรินทร์ คำสา และเอกลักษณ์ เด็กยอง, 2567) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในบางด้าน ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในส่วนปัจจัยเรื่องเพศพบว่า ชาวปกาเกอะญอที่เป็นเพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่เป็นเพศหญิง 4.33 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยปลูกฝังว่าอบายมุขโดยเฉพาะบุหรี่ สุรา เป็นสิ่งต้องห้ามสำหรับผู้หญิง และในสังคมชนเผ่าปกาเกอะญอนั้น ผู้หญิงมีหน้าที่ทำงานในบ้าน เช่น การหาฟืน การตำข้าว การปรุงอาหาร ส่วนผู้ชายมีหน้าที่ในการล่าสัตว์ การสร้างบ้าน การเลือกพื้นที่ทำไร่ การติดต่อซื้อขาย การต้อนรับแขก หรือการทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือน นอกจากนี้ผู้ชายส่วนใหญ่ยังเป็นผู้เข้าร่วมการประกอบพิธีกรรม ซึ่งในพิธีกรรมต่าง ๆ จะมีบุหรี่เป็นส่วนประกอบเสมอ ทำให้เมื่อเสร็จสิ้นพิธีแล้ว ผู้ประกอบพิธีจะต้องรับของต่าง ๆ ในพิธีมาเพื่อกินหรือดื่มจึงจะถือว่าร่วมฉลองในพิธีนั้น ๆ (ยศ สันตสมบัติ, 2551) ดังนั้นผู้ชายจึงมีโอกาสในการสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ชิดนายี และวราภรณ์ ยศทวี (2561) ที่พบว่า วัยรุ่นเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของแพรวพรรณ ชาวบ้านบึง, ธานินทร์ สุธีประเสริฐ, สุรศักดิ์ สุนทร, และสุวรรณี เนตรศรีทอง (2566) ที่พบว่า นักศึกษาสายอาชีพเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเนื่องจากเพศหญิงยังยึดมั่นในกฎระเบียบ หรือมีความละอายต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเพศชาย

ในส่วนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่พบว่า ชาวปกาเกอะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับสูง 2.78 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติของบุคคล เพราะเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จนเกิดความเข้าใจจะทำให้สามารถปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยชาวปกาเกอะญอมีวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อที่สืบต่อกันมาเป็นเวลานาน อีกทั้งชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากบุหรี่ยังไม่แพร่หลาย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 38.41) จึงส่งผลให้ชาวปกาเกอะญอมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 54.29) รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 32.38) โดยเฉพาะความรู้ในข้อ “บุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด” ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 27 ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำจะมีโอกาสในการสูบบุหรี่มากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญ คูณคำ (2553) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธิติ บุดดาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, และเบญญาภา กาลเขว้า (2562) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยจากการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้

ในส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่า ชาว

ปกาเกอะญอที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูง 7.60 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่า ชาวปกาเกอะญอมีความเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ว่าเป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์ ถึงร้อยละ 69.20 รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดลงได้ ร้อยละ 36.20 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, และวิชานีย์ ใจมาลัย (2560) ที่พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สุชาติ เครื่องชัย, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, และวราวรรณ ยศธรรมเสนี (2563) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนหญิง

ในส่วนการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่า ชาวปกาเกอะญอที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ 12.10 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ของชนเผ่ามักเกี่ยวข้องกับการสูบยาเส้นและเคี้ยวหมาก โดยธรรมเนียมการต้อนรับแขกของชนเผ่า คือ เมื่อแขกมาถึงแล้ว จะต้องวางยาเส้น น้ำชา และน้ำสะอาดให้แขกที่ขึ้นมาบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นธรรมเนียมที่ได้ปฏิบัติต่อแขกตามที่บรรพชนเคยปฏิบัติมา และยังพบว่า ยาสูบในความเชื่อของชนเผ่าไม่ใช่เป็นเพียงยาเส้นธรรมชาติ แต่มีความสำคัญในชีวิตประจำวันอย่างหลากหลายมิติ ทั้งมิติพิธีกรรม ความเชื่อ ยารักษาโรค และเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งคนชนเผ่าเชื่อว่ายาเส้นมีคุณสมบัติ คือ ฆ่าเชื้อโรค และรักษาแผลสด โดยมีการใช้ยาเส้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของยาสมุนไพร โดยเฉพาะยาสมุนไพรรักษาอาหารเป็นพิษ (ปฏิภาณ อายิ, 2555) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2560) ที่พบว่า การคล้อยตามบรรทัดฐานในชุมชนในระดับมากสามารถทำนายพฤติกรรมการขายบุหรี่ให้เยาวชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานในส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องโทษของการสูบบุหรี่ และให้ชาวปกาเกอะญอมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ให้ถูกต้อง โดยเน้นมิติต่าง ๆ เช่น มิติกฎหมาย มิติค่าใช้จ่าย หรือมิติสุขภาพตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ควรมีการผลักดันนโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ และหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง โดยจัดทำเป็นหมู่บ้านต้นแบบหรือตำบลต้นแบบเพื่อเป็นการสนับสนุนให้ชุมชนห่างไกลจากบุหรี่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนารูปแบบการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ โดยเน้นการบูรณาการความรู้ด้วยกลวิธีที่เหมาะสม ร่วมกับการนำหน่วยงานหรือองค์กรที่ชาวปกาเกอะญอให้ความเชื่อมั่นมาร่วมสร้างความศรัทธา เพื่อลดทัศนคติและการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ในการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอและชนเผ่าอื่น ๆ เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*(1), 113–121.

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, และวิชานีย์ ใจมาลัย. (2560). พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *27*(3), 57–67.

ซอฟูวัณ จารง. (2559). *ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธวัชชัย อภิเดชกุล, อรนลิน สิงขรณ์, บุคอรี ปุตสะ, สุดเขต เดชพิทักษ์ยนต์, และพิชญ์นรี ทูตสันติ. (2560). *พฤติกรรมและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนชาวเขาเผ่าลาหู่และอาข่า (ระยะที่ 1)* (รายงานผลการวิจัย). เชียงราย: ศูนย์ความเป็นเลิศการวิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

ธิติ บุดดาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, และเบญญาภา กาลเขว้า. (2562). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, *2*(1), 139–152.

ปฏิภาณ อายิ. (2555). *โครงการ: กระบวนการเพื่อการเรียนรู้ สู่การสร้างความตระหนัก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ ในกลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่า กรณีศึกษาอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย* (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

พลากร สืบสำราญ, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมรีรัตน์ มั่นวงศ์, นิยม จันทร์นวล, และวันวิสา จันทาทร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่ออันตรายของการสูบบุหรี่ กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย : กรณีศึกษาอำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, *19*(3), 12–20.

พีรนุช จันทรคุปต์. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

แพรวพรรณ ชาวบ้านบึง, ธานินทร์ สุธีประเสริฐ, สุรศักดิ์ สุนทร, และสุวรรณี เนตรศรีทอง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพ สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *32* (เพิ่มเติม 2), S207–S215.

ภัทรินทร์ ศิริทรากุล. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ยศ สันตสมบัติ. (2551). *อำนาจ พื้นที่ และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์: การเมืองวัฒนธรรมของรัฐชาติในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

วัชรินทร์ คำสา, และเอกลักษณ์ เด็กยอง. (2567). การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีความต่างทางวัฒนธรรม: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, *4*(2), e266538.

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สุชาติ เครื่องชัย, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, และวราวรรณ ยศธรรมเสนี. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนหญิง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, *21*(3), 16–29.

ศศิธร ชิดนายี, และวราภรณ์ ยศทวี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, *10*(1), 83–93.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2558). *กระบวนการเรียนรู้และสร้างความตระหนัก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ในกลุ่มอาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2563). *รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สินทวีกิจพริ้นติ้ง.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). *รายงานประจำปี 2555 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Admin/Downloads/52.pdf

สำนักงานสภาชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย. (2558). *สภาชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย*. เชียงใหม่: สำนักงานสมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2561). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมบุหรี่*. ตาก: ผู้แต่ง.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง. (2563). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมบุหรี่*. ตาก: ผู้แต่ง.

องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก. (2564). *ระบบฐานข้อมูลองค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก ปี 2564*. สืบค้นจาก https://datatakpao.com/en/dashboard_detail/12/0

อรัญ คูณคำ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

Abebe, D. S., Hafstad, G. S., Brunborg, G. S., Kumar, B. N., & Lien, L. (2015). Binge drinking, cannabis and tobacco use among ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *17*(4), 992–1001. doi:10.1007/s10903-014-0077-9

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Friis, R. H., Garrido-Ortega, C., Safer, A. M., Wankie, C., Griego, P. A., Forouzesh, M., … Kuoch, K. (2012). Socioepidemiology of cigarette smoking among Cambodian Americans in Long Beach, California. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *14*(2), 272–280. doi:10.1007/s10903-011-9478-1

Ong-Artborirak, P., & Seangpraw, K. (2019). Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *12*, 1049–1059. doi:10.2147/JMDH.S227617

World Health Organization. (2024). *Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์*

Factors Affecting Behavior of Corona Virus Disease 2019 Prevention among Village Health Volunteers, Uttaradit Province*

ภรดานันทน์ จันทะกาว, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Phorndanan Chantakoa, M.P.H. (Public Health) [1]
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) [2]
Amornsak Poum, Ph.D. (Public Health) [2]

Received: April 1, 2026 Revised: June 4, 2026 Accepted: June 10, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 390 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .72–.94 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น .86 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

[1] มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1] Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: preeyanunc63@nu.ac.th

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.64 ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .244, p < .001) โดยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด (Beta = .274, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่อาจอุบัติขึ้นใหม่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง
คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการป้องกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study behavior of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) prevention and factors affecting behavior of COVID-19 prevention among village health volunteers. The sample consisted of 390 village health volunteers in Uttaradit Province. The research instruments included a personal characteristics questionnaire, a knowledge test regarding COVID-19 with a reliability of .72, an attitudes questionnaire toward COVID-19 with a reliability of .72, a health belief questionnaire regarding COVID-19 with the reliabilities in the range of .72–.94, and a COVID-19 prevention behavior questionnaire with a reliability of .86. Data were collected from April to July 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation, Chi-square test, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most village health volunteers performed the overall behavior of COVID-19 prevention at a high level (95.64%). Attitudes toward COVID-19 prevention, perceived severity of COVID-19, and cue to action could statistically significantly predict behavior of COVID-19 prevention among village health volunteers, accounting for 24.40% of the variance (adj. R^2 = .244, p < .001). The most predictive factor was cue to action (Beta = .274, p < .001).

This research suggests that relevant agencies should utilize the findings to enhance the preparedness of village health volunteers for the prevention of emerging respiratory

infectious diseases. This will help village health volunteers practice appropriate preventive behaviors.

Keywords: Coronavirus 2019, Preventive behaviors, Village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างมาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) จัดเป็นไวรัสตัวที่ 7 ของตระกูลโคโรนาไวรัส เช่นเดียวกับโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) โดยเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายจากคนสู่คนได้โดยการไอ จาม หรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย พบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 และภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน การแพร่ระบาดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) (World Health Organization, 2020) จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วันที่ 28 เมษายน 2567 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสะสม 775 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านราย ส่วนประเทศไทย พบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 และเริ่มมีการยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลจึงประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงตามการกำหนดของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค, 2563) ปัจจุบันเป็นระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อไม่มากและไม่แสดงอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาลเหมือนครั้งแรกที่เริ่มมีการระบาด แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีอยู่ในชุมชน จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง สำหรับจังหวัดอุตรดิตถ์ พบผู้ป่วยรายแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ต่อมาจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2564)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบสิ่งของต่าง ๆ ไปยังสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563) และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลง ดังการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่พบว่า ประชาชนมีการสวมหน้ากากอนามัยลดลงจากร้อยละ 96.10 เป็นร้อยละ 94.60 การล้างมือลดลงจากร้อยละ 91.50 เป็นร้อยละ 88.10 การเว้นระยะห่างลดลง จากร้อยละ 84.60 เป็นร้อยละ 78.60 โดยผู้ที่ปฏิบัติได้ครบทั้ง 3 พฤติกรรม มีแนวโน้มลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 82 เป็นร้อยละ 74.10 (กรมอนามัย, 2565) ส่วนการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ประชาชนมีการสวมหน้ากากอนามัยลดลงจากร้อยละ 95.45 เป็นร้อยละ 90.13 การล้างมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.36 เป็นร้อยละ 89.08 การเว้นระยะห่างลดลง จากร้อยละ 68.18 เป็นร้อยละ 29.17 และการรับประทานอาหารลดลง จากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 96.01 (กรมอนามัย, 2565) แสดงให้เห็นว่า โดยภาพรวมประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อในระยะเปลี่ยนผ่าน

สู่โรคประจำถิ่นจึงยังคงมีความสำคัญ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้กำลังด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการควบคุมโรค ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น (วัลภา ศรีสุภาพ และฐาณิญา แสนศรี, 2564) หลังจากปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังคงมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันตนเองตามมาตรการ D-M-H ติดตาม ค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ยังได้รับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะกลุ่ม 608 เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมื่อเข้าข่ายสงสัย เช่น มีไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูก ให้ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H และตรวจ ATK (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังต้องรับผิดชอบงานเฝ้าระวังกลุ่มเปราะบาง และเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญต่อนโยบายสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลนั้นรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัว และต่อสังคม ก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้อุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (อำภรพรรณ ข้ามสาม, 2558)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และการดำเนินงานควบคุมโรคมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์

สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสมาชิกในครอบครัว) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ทัศนคติเกี่ยวกับโรค และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค) และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งอธิบายว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลนั้นรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัว และต่อสังคม ก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคาดว่าปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น จะมีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมีจำนวนรวม 10,972 คน ณ ปีงบประมาณ 2566 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2566) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนก่อนปีงบประมาณ 2564 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน (Daniel, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 371 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบทดสอบไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอ (มีจำนวน 9 อำเภอ) ตามสัดส่วนของประชากร เรียงลำดับรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละอำเภอตามตัวอักษร ก–ฮ จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง (k) ในแต่ละอำเภอ สุ่มเลขเริ่มต้น แล้วหยิบรายชื่อโดยมีระยะห่างเท่ากับ k

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 10 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค จำนวน 7 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–25 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 15 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15–19 คะแนน) และในระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ทัศนคติเกี่ยวกับโรค จำนวน 10 ข้อ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 32 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การล้างมือ จำนวน 4 ข้อ การรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม จำนวน 11 ข้อ และการสวมหน้ากากอนามัย จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย (2 คน) และบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .72 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติฯ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติฯ เท่ากับ .72 ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพฯ (มี 5 ค่า) อยู่ในช่วง .72–.94 และของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ IRB No. P2-0281/2567 วันที่ 1 สิงหาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 อำเภอ เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน อำเภอละ 1 คน รวมจำนวน 9 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย

อธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยให้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ Chi-square test ตามลักษณะข้อมูล ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.41 มีอายุอยู่ในช่วง 45–65 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.49 โดยมีอายุเฉลี่ย 55.81 ปี (*SD* = 10.07) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.49 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.87 มีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.69 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.54 โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,992 บาทต่อเดือน (*SD* = 4,423.03) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.90 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.80 ปี (*SD* = 9.77) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.05 มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 55.13 และส่วนใหญ่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68.20

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.92 (*M* = 19.17, *SD* = 3.32) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.49 (*M* = 6.28, *SD* = 1.99) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.49 (*M* = 5.90, *SD* = 1.02) และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.59 (*M* = 6.99, *SD* = 1.22)

3. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.18 (*M* = 3.85, *SD* = .52) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.77 (*M* = 3.85, *SD* = .59) และส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.31 (*M* = 3.84, *SD* = .57)

4. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78 (M = 4.04, SD = .43) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.10 (M = 3.84, SD = .57) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.38 (M = 4.42, SD = .48) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.36 (M = 4.36, SD = .49) มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.74 (M = 3.19, SD = .89) และส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.41 (M = 4.36, SD = .49)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.64 (M = 4.41, SD = .42) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการล้างมือในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.87 (M = 4.50, SD = .50) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.97 (M = 4.19, SD = .50) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.85 (M = 4.42, SD = .45) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90 (M = 4.53, SD = .54)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (r = .506, p < .001) ทัศนคติเกี่ยวกับโรค (r = .186, p < .001) ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค (r = .120, p < .05) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (r = .171, p < .01) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (r = .118, p < .05) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (r = .179, p < .001) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (r = -.110, p < .05) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (r = .141, p < .01)

6.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .244, p < .001) โดยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด (Beta = .274, p < .001) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Beta = .194, p < .01) และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Beta = .132, p < .01) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 390)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*p*
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค	.235	.053	.274	4.473	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.171	.055	.194	3.120	.002
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค	.108	.040	.132	2.723	.007

Constant = 2.208, R = .500, R^2 = .250, adj. R^2 = .244, F = 42.818, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 95.64) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี (ร้อยละ 65.90) โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.80 ปี ซึ่งถือว่ามีประสบการณ์ในการทำงานมาก อีกทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองโรค พื้นฐานการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง เพื่อให้เกิดมาตรการทางสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากเพื่อนร่วมงานและคนในครอบครัว ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชวรัตน์ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยรวมของประชาชนอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 24.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Maiman and Becker (1974) ที่กล่าวว่า การกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา สิ่งชักนำเหล่านี้จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง (ร้อยละ 96.41) และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านทางสื่อต่าง ๆ เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิก

ในครอบครัว จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์ (2564) ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ ดาทอง (2562) ที่พบว่า ความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ โดยมีผลทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเองในด้านการเจ็บป่วย ความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก และการเกิดโรคแทรกซ้อน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้วจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำและเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง (ร้อยละ 95.38) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของฮูดา แวหะยี (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่น และสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ เพชรล้ำ และธนบดี บุตรประพันธ์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการทันตกรรม

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ โดยมีผลทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อต่าง ๆ และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำไปสู่การปฏิบัติการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers (1977) ที่กล่าวว่า ทัศนคติเป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคลที่เป็นผลมาจากการรับสารที่มีผลต่อพฤติกรรมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม (2563) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐวรรณ คำแสน (2564) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนี เจริญศิลป์, วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์, และกมลรัตน์ สังขรัตน์ (2564) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่อาจอุบัติขึ้นใหม่ เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอุบัติใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการสร้างความตระหนัก และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อช่วยให้การปฏิบัติการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/news.php

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563). *สาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็ว*. สืบค้นจาก https://msto.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=218

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.* นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมอนามัย. (2565). *กรมอนามัย ห่วงพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 คนไทยลดดิ่ง เมินสวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง ล้างมือ*. สืบค้นจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/290765/

จุไรรัตน์ ดาทอง. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุ* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฏฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, *4*(1), 33–48.

ธวัชชัย ยืนยาว, และเพ็ญนภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *35*(3), 555–564.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, *21*(2), 29–39.

วัลภา ศรีสุภาพ, และฐาณิญา แสนศรี. (2564). การบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษา พื้นที่กักกันโรคของรัฐแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารควบคุมโรค*, *47*(เพิ่มเติม 2), 1163–1178.

สายสุนี เจริญศิลป์, วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์, และกมลรัตน์ สังขรัตน์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. สืบค้นจาก https://km.anamai.moph.go.th/th/research2565/download?id=128537&mid=37980&mkey=m_document&lang=th&did=50747

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2564). *เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 รอบ 7 เดือน*. สืบค้นจาก https://utoapp3.moph.go.th/app2/portfolio/docdtl?id=T0E9PQ==

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2566). *เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2565 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2566*. สืบค้นจาก https://utoapp3.moph.go.th/app2/inspector/views/uploads/63fd6d0a82e8894143275912276aa86fb9ac4f1f20218-12.pdf

สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อนงค์ เพชรล้ำ, และธนบดี บุตรประพันธ์. (2566). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *17*(3), 921–935.

อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, *3*(2), 19–30.

อำภรพรรณ ข้ามสาม. (2558). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฮูดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, *6*(4), 158–168.

Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

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

Rogers, D. (1977). *The psychology of adolescence*. New York: Appleton-Century-Crofts.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand situation report*. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/who-thailand-situation-report---18.pdf?sfvrsn=c5eced97_0

ผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก*

Effect of 3-Minute Mindfulness on Compassion Fatigue of Nurses in Intensive Care Units*

หมื่นศักดิ์ ต๊ะกาบโค, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย) [1]
Muansak Takabkho, M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner) [1]
วันเพ็ญ ทรงคำ, ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) [2] ธานี แก้วธรรมานุกูล, พย.ด. [3]
Wanpen Songkham, Ph.D. (Public Health) [2] Thanee Kaewthummanukul, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: April 2, 2026 Revised: May 19, 2026 Accepted: May 26, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรัฐในภาคเหนือ จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที สมุดบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: muansak_takabkho@cmu.ac.th

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.320$, $p < .001$ และ $t = 12.330$, $p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.090$, $p < .001$ และ $t = 6.670$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในทุก ๆ วัน เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก การเจริญสติ 3 นาที

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of 3-minute mindfulness on compassion fatigue of nurses in intensive care units. The sample consisted of 54 nurses working in intensive care units at government hospitals in the northern region of Thailand. They were equally divided into an experimental group (n = 27) and a control group (n = 27). The research instruments included a 3-minute mindfulness practice manual, a daily mindfulness practice logbook, a personal information questionnaire, and the Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ) with a reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from January to March 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean scores of compassion fatigue, in terms of both secondary traumatic stress and burnout, than before the experiment ($t = 9.320$, $p < .001$ and $t = 12.330$, $p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean scores of compassion fatigue, in terms of both secondary traumatic stress and burnout, than the control group ($t = 8.090$, $p < .001$ and $t = 6.670$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that nurse executives should encourage nurses in intensive care units to practice 3-minute mindfulness every day to reduce their compassion fatigue

and have good mental health.
Keywords: Compassion fatigue, Nurses in intensive care units, 3-Minute mindfulness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิวัฒนาการในการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลเพิ่มขึ้น (Sax, 2016) วิชาชีพพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน ทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต พยาบาลทำหน้าที่เฝ้าระวังป้องกัน และติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Perveen, 2022) ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการผลัดเปลี่ยนเวลาทำงานในลักษณะผลัดเช้า บ่าย และดึก (Moghadam et al., 2021) ส่งผลให้พยาบาลซึมซับความทุกข์ทรมานนั้น และมีการตอบสนองต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังหรือคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล การตอบสนองของพยาบาลอาจออกมาในรูปแบบความรู้สึกซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยผลรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล (ศศิวิมล ปานุราช, 2560)

หอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่ให้การดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน และต้องได้รับการฝึกฝนทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (เมธิณี เกตวาธิมาตร, 2560) ซึ่งหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติอย่างรีบเร่ง ระมัดระวัง รอบคอบ แม้จะมีการวางแผนการดูแลไว้ล่วงหน้า แต่สภาวะของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องตัดสินใจแก้ปัญหา ติดต่อกับแพทย์หลายสาขา และทีมงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังมีความวิตกกังวล โศกเศร้า สิ้นหวัง ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด (กฤดิญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560) การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก การเห็นความเจ็บป่วยและความทุกข์ซ้ำ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยหนัก ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) (Gonzalez, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมีโอกาสเกิดขึ้นกับพยาบาลมากถึงร้อยละ 85 และเกิดขึ้นกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมากถึงร้อยละ 70 (Owens, Alfes, Evans, Wyka, & Fitzpatrick, 2020) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจร้อยละ 40 และมีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก (Jehloh, Nilmanat, & Matchim, 2014) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความเหนื่อยล้าโดยรวมสูงกว่าแผนกอื่น (เกศินี กิตติบาล, อารี ชีวเกษมสุข, และชูชาติ พ่วงสมจิตร์, 2564)

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ หมายถึงความรู้สึกทางลบของพยาบาลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ (secondary traumatic stress) และภาวะหมดไฟ (burnout) (Cocker & Joss, 2016; Stamm, 2010) โดยความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือเป็นความรู้สึกและผลกระทบ

ทางลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยหรือจากผลของการดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานสะสมซ้ำ ๆ (Sorenson, Bolick, Wright, & Hamilton, 2017) ส่วนภาวะหมดไฟเป็นความรู้สึกอ่อนเพลีย ความคับข้องใจ ความโกรธ ความหมดหวังในสิ่งที่ทำ และความกดดัน โดยความรู้สึกเหล่านี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นภาวะหมดไฟ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับภาระงานที่หนัก หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมด้วย (Showalter, 2010) ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่งผลกระทบทางลบทั้งในระดับบุคคลและองค์กร โดยในระดับบุคคล ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานและความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกผิด การแยกออกจากสังคม ระดับความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดลง ทำให้เกิดการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน (Blair & Perry, 2017) รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Stamm, 2002) ส่วนในระดับองค์กร ทำให้คุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานและบรรยากาศองค์กรลดลง ไม่สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ และไม่สามารถสร้างสรรค์ผลงานใหม่ ๆ ได้ (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) ทำให้พยาบาลลาออกจากงานเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 26.70 และเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาป่วย ขาดงาน และเปลี่ยนงาน (สวรรญา อินทรสถาพร, อรวรรณ แก้วบุญชู, และเพลินพิศ บุณยมาลิก, 2563)

การทบทวนอย่างเป็นระบบระบุว่า การบำบัดทางจิตวิทยา (psychological intervention) เช่น การสะท้อนคิด (self-reflection) การคิดแบบยืดหยุ่น (resilience) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และการเจริญสติ (mindfulness) สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Chen et al., 2022) ซึ่งการบำบัดทางจิตวิทยาเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะบุคคล โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถส่วนตน รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ พร้อมลงมือปฏิบัติให้พฤติกรรมทางลบลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าตามที่ตนเองพึงพอใจ โดยเฉพาะในพยาบาลพบว่า การเจริญสติเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Conversano et al., 2020; Maley, 2018)

การศึกษาทางประสาทวิทยา (neurobiological) และจิตวิทยา (psychophysiological) พบว่า การเจริญสติสามารถกระตุ้นโครงสร้างประสาทและการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ผ่านการปล่อยสารโดปามีน (dopamine) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Maley, 2018) นอกจากนี้ การเจริญสติตามแนวคิดการกำกับอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบด้วยสติ ของ Kabat-Zinn (1990) สามารถอธิบายได้ว่า การเจริญสติเป็นการรู้คิดบนกระบวนการของอารมณ์ ผ่านการรู้ตัวโดยมุ่งใส่ใจ (attentive awareness) ในประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่คิดปรุงแต่งหรือไม่ประเมินตัดสิน (non-elaboration) กับประสบการณ์นั้น ๆ โดยกระบวนการทางอารมณ์จะสนับสนุนให้บุคคลมีสติขณะเผชิญสถานการณ์ ใส่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันโดยไม่ปรุงแต่ง และประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าด้วยทัศนคติที่เปิดกว้างโดยไม่คิดตัดสินหรือประเมินค่าของสิ่งนั้น ๆ ในทางใด ๆ โดยเฉพาะทางลบ (Peijsel, 2018; Vieten, Wöhrmann, & Michel, 2022) การเจริญสติจะใช้ลมหายใจเป็นเครื่องกำหนดเพื่อฝึกการใส่ใจจดจ่อ ซึ่งช่วยฟื้นฟูการทำงานของ thalamus ให้สามารถคัดกรองสิ่งรบกวนและรวบรวมสมาธิให้มาจดจ่อพิจารณาอยู่ที่ลมหายใจ การติดตามดูลมหายใจจะช่วยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย เมื่อร่างกายผ่อนคลายก็จะส่งผลต่อระบบ limbic โดยเฉพาะ amygdala ทำให้อารมณ์สงบลง ส่งผลให้

จิตมีกำลัง ไม่วอกแวกหรือตื่นตูมง่าย ร่วมกับการทำงานของ hippocampus ที่ช่วยปรับแต่งความทรงจำเดิมเข้ากับความรู้สึกสงบปลอดภัย ความรู้สึกต่อความทรงจำนั้นจึงค่อย ๆ เปลี่ยนไปในทางที่เป็นมิตรกับตนเองมากขึ้น ความกดดันในใจลดลง ด้วยองค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวมา ทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบของพยาบาลลดระดับลง จึงส่งผลให้สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Michel & Brunet, 2019; Peijsel, 2018)

การเจริญสติมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบ 10 นาที 5 นาที และ 3 นาที (Heeter, Lehto, Allbritton, Day, & Wiseman, 2017) สำหรับการเจริญสติ 3 นาที (3-minute mindfulness) การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่าเป็นการปฏิบัติที่สามารถทำได้จริง ใช้ระยะเวลาสั้น สามารถทำได้ทุกสถานที่ตามความต้องการของผู้ปฏิบัติ ไม่เพิ่มภาระและไม่รบกวนการทำงาน และสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยการฝึกเจริญสติ 3 ครั้งต่อวัน และทำต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 1 เดือน สามารถช่วยลดความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและลดภาวะหมดไฟได้อย่างรวดเร็ว (Sorenson et al., 2017) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016) ที่ผ่านมา การเจริญสติ 3 นาที ได้ถูกนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในนักบิน (Segal et al., 2020) ในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศสหรัฐอเมริกา (Owens et al., 2020) และในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศโปรตุเกส (Duarte et al., 2016)

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการนำการเจริญสติ 3 นาที มาใช้ในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์การเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสูง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนทำงาน จึงสนใจศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อสนับสนุนให้คนทำงานมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

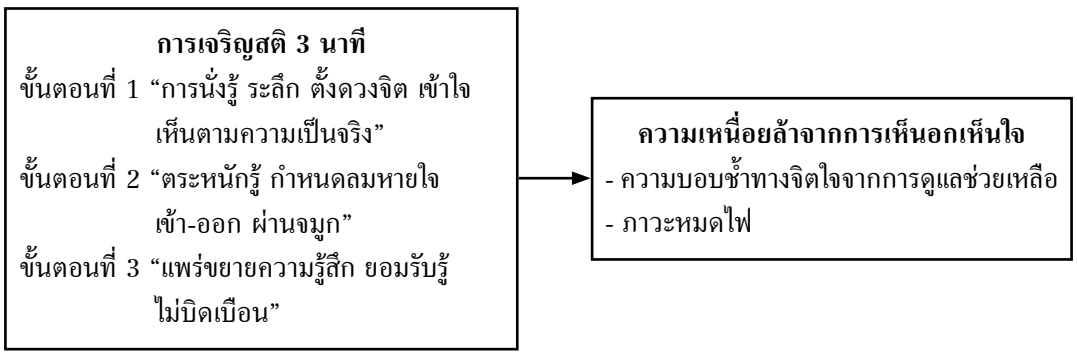
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ของ Cocker and Joss (2016) ที่เชื่อว่า ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นความรู้สึกทางลบที่เกิดกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ และภาวะหมดไฟ ซึ่งส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของพยาบาล เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง และทำให้ลาออกจากงานในที่สุด ดังนั้นเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการกำกับอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบด้วยสติ ตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) โดยใช้การเจริญสติ 3 นาที ซึ่งเป็นการรู้คิดบนกระบวนการของอารมณ์ผ่านการรู้ตัวโดยมุ่งใส่ใจในประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่คิดปรุงแต่งหรือไม่ประเมินตัดสินประสบการณ์นั้น ๆ

โดยกระบวนการทางอารมณ์จะสนับสนุนให้บุคคลมีสติขณะเผชิญสถานการณ์ ใส่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันโดยไม่ปรุงแต่ง และประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าด้วยทัศนคติที่เปิดกว้างโดยไม่คิดตัดสินหรือประเมินค่าของสิ่งนั้น ๆ ในทางใด ๆ โดยเฉพาะทางลบ ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบของพยาบาลลดระดับลง และสามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรัฐในภาคเหนือ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 6 เดือน 2) มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ และคะแนนภาวะหมดไฟ 23 คะแนนขึ้นไป) 3) ไม่ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 4) ไม่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Burns & Grove, 2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 54 คน เลือกโรงพยาบาล 2 แห่ง จากโรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยหนักในภาคเหนือตอนบน จำนวน 7 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลนครพิงค์ จากนั้นจับฉลากเลือกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และอีกแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของความเหนื่อยล้า

จากการเห็นอกเห็นใจ สาเหตุของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ วิธีการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ประโยชน์ของการเจริญสติ 3 นาที และวิธีปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ทั้งนี้ วิธีปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ใช้เวลาขั้นตอนละ 1 นาที ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 “การนั่งรู้ ระลึกตั้งดวงจิต เข้าใจ เห็นตามความเป็นจริง” เป็นการสำรวจตนเองแบบกว้าง ๆ ในการรับรู้และใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอก พร้อมสังเกตการรับรู้ ความคิด และอารมณ์ในช่วงขณะนั้น ขั้นตอนที่ 2 “ตระหนักรู้ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก ผ่านจมูก” เป็นการสำรวจตนเองแบบแคบลงมา ตระหนักรู้ต่อตนเองผ่านการมุ่งความสนใจไปที่การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ผ่านจมูก ทรวงอก ไปยังท้อง และจากท้องขึ้นมายังทรวงอก จนถึงจมูก โดยไม่มีการแบ่งสติไปกับสิ่งอื่น และขั้นตอนที่ 3 “แพร่ขยายความรู้สึก ยอมรับรู้ ไม่บิดเบือน” เป็นการสำรวจร่างกายของตนโดยรอบ จากศีรษะไปยังปลายเท้า และไล่จากปลายเท้าขึ้นมายังศีรษะ เป็นการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการตัดสิน และอยู่กับความเป็นจริงโดยไม่หลีกหนี หลบหนี หรือพยายามเปลี่ยนแปลง

1.2 สมุดบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้กลุ่มทดลองบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในแต่ละวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ ช่วงเวลา (เช้า กลางวัน และเย็น) ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (the Compassion Fatigue Questionnaire [CFQ]) พัฒนาขึ้นโดย Jehloh et al. (2014) ซึ่งดัดแปลงจาก the Professional Quality of Life Scale (ProQOL) 2010 ฉบับที่ 5 ของ Stamm (2010) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ จำนวน 10 ข้อ และภาวะหมดไฟ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางเวลา บ่อย และบ่อยมาก คะแนนรวมของแต่ละองค์ประกอบหลักอยู่ในช่วง 10–50 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ/ภาวะหมดไฟในระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน) ในระดับปานกลาง (23–41 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำคู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญสติ (2 คน) พยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) และแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจไปทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 136/2566 วันที่ 14 ธันวาคม 2566) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ Ethic LPN 0106/2566 วันที่ 28 ธันวาคม 2566) และ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ (เอกสารรับรอง เลขที่ NKP No.027/67 วันที่ 16 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 15 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 15 นาที จากนั้นแบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 7 คน 3 กลุ่ม และกลุ่มละ 6 คน 1 กลุ่ม) ผู้วิจัยซึ่งผ่านการฝึกอบรมการเจริญสติจากสำนักสงฆ์ปฏิบัติธรรมล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ ให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ผลกระทบ และแนวทางการเจริญสติ 3 นาที เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยใช้เวลา 30 นาที จากนั้นสาธิตการฝึกปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ประกอบการฝึกหายใจใน 3 นาที ตามขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน วันละ 3 ครั้ง และปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วมอบสมุดบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที เพื่อให้บันทึกการปฏิบัติในแต่ละวัน

4. ในสัปดาห์ที่ 2–5 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำงานตามปกติ และปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที วันละ 3 ครั้ง ได้แก่ ช่วงเวลาเช้า ช่วงเวลากลางวัน และช่วงเวลาเย็น ส่วนกลุ่มควบคุมให้ทำงานตามปกติ

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แก่กลุ่มควบคุม ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.30 มีอายุเฉลี่ย 35.44 ปี (*SD* = 6.82) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.30 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 11.41 ปี (*SD* = 6.52) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอายุเฉลี่ย 34.81 ปี (*SD* = 9.62) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.15 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 10.92 ปี (*SD* = 8.70) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.320$, $p < .001$ และ $t = 12.330$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ	**ก่อนการทดลอง** (n = 27)			**หลังการทดลอง** (n = 27)			***t***	***p***
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ	24.89	6.35	ปานกลาง	15.93	5.46	ต่ำ	9.320	< .001
ภาวะหมดไฟ	33.07	4.11	ปานกลาง	19.11	3.85	ต่ำ	12.330	< .001

3. การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.090$, $p < .001$ และ $t = 6.670$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ	**กลุ่มทดลอง** (n = 27)		**กลุ่มควบคุม** (n = 27)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง						
ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ	24.89	6.35	24.33	1.68	.420	.690
ภาวะหมดไฟ	33.07	4.11	33.19	3.05	.110	.921
หลังการทดลอง						
ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ	15.93	5.46	24.59	1.90	8.090	< .001
ภาวะหมดไฟ	19.11	3.85	25.81	4.05	6.670	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า ช่วงเวลากลางวัน และช่วงเวลาเย็น โดยปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที สามารถกระตุ้นโครงสร้างประสาทและการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ผ่านการปล่อยสารโดปามีนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติการเจริญสติรู้สึกผ่อนคลาย (Maley, 2018) เมื่อร่างกายผ่อนคลายก็จะส่งผลต่อระบบ limbic โดยเฉพาะ amygdala ทำให้อารมณ์สงบลง ส่งผลให้จิตมีกำลัง ไม่วอกแวกหรือตื่นตูมง่าย ร่วมกับการทำงานของ hippocampus ที่ช่วยปรับแต่งความทรงจำเดิมเข้ากับความรู้สึกสงบปลอดภัย ความรู้สึกต่อความทรงจำนั้นจึงค่อย ๆ เปลี่ยนไปในทางที่เป็นมิตรกับตนเองมากขึ้น ความกดดันในใจลดลง ทำให้มีความเชื่อและทัศนคติต่อตนเอง ผู้อื่นและต่อโลกที่เหมาะสม (rational beliefs) จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมา จึงทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบของพยาบาลในกลุ่มทดลองลดระดับลง ส่งผลให้สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Michel & Brunet, 2019; Peijsel, 2018) ส่วนพยาบาลในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที พบว่ามีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และยังคงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลในกลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แก่กลุ่มควบคุม ตามความสมัครใจ

สำหรับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลองนั้น

พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะการทำงานในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะงานมีความกดดัน ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง และมีภาระงานที่หนัก ทำให้พยาบาลรู้สึกหมดหวัง (Sardo et al., 2023) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นภาวะหมดไฟในที่สุด ดังการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่พบว่า พยาบาลกลุ่มดังกล่าวมีภาวะหมดไฟค่อนข้างสูง (Laopakorn, Kunakorn, & Wacharasint, 2021) ในขณะที่ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือมักเกิดจากความเครียดจากการที่ได้รับฟัง รับรู้ หรือสังเกตความทุกข์ของผู้ป่วย ต้องตัดสินใจอย่างมีจริยธรรมจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Salimi, Pakpour, Rahmani, Wilson, & Feizollahzadeh, 2020) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าคะแนนองค์ประกอบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในส่วนภาวะหมดไฟสูงกว่าความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ (Couch, 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในทุก ๆ วัน โดยกำหนดเป็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการกับความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟได้อย่างเหมาะสม ลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ในพยาบาลกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมทั้งควรศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ที่มีต่อตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจจากการดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction)

เอกสารอ้างอิง

กฤดิญาดา เกื้อวงศ์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). ความเครียดของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*(พิเศษ), 158–165.

เกศินี กิตติบาล, อารี ชีวเกษมสุข, และชูชาติ พ่วงสมจิตร์. (2564). การจัดการความเหนื่อยล้าจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, *32*(1), 121–136.

เมธิณี เกตวาธิมาตร. (2560). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *11*(2), 71–80.

ศศิวิมล ปานุราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สวรรญา อินทรสถาพร, อรวรรณ แก้วบุญชู, และเพลินพิศ บุณยมาลิก. (2563). สมดุลชีวิตและงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *13*(2), 129–143.

Blair, M., & Perry, B. (2017). Family caregiving and compassion fatigue: A literature review. *Perspectives*, *39*(2), 14–19. Retrieved from https://www.proquest.com/openview/445922c9b73770829b84bba2bad57311/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2026736

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Chen, X., Chen, M., Zheng, H., Wang, C., Chen, H., Wu, Q., … Chen, R. (2022). Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, *10*, 952932. doi:10.3389/fpubh.2022.952932

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(6), 618. doi:10.3390/ijerph13060618

Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1683. doi:10.3389/fpsyg.2020.01683

Couch, L. B. (2017). *Compassion fatigue and burnout of critical care nurses* (Master's thesis). Boiling Springs, NC: Gardner-Webb University. Retrieved from https://digitalcommons.gardner-webb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1280&context=nursing_etd

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 1–11. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015

Gonzalez, J. M. (2016). *Exploring the presence of moral distress in critical care nurses* (Master's thesis). Providence, RI: Rhode Island College. Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/GonzalezMajorPaper.pdf

Heeter, C., Lehto, R., Allbritton, M., Day, T., & Wiseman, M. (2017). Effects of a technology-assisted meditation program on healthcare providers' interoceptive awareness, compassion fatigue, and burnout. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *19*(4), 314–322. doi:10.1097/NJH.0000000000000349

Jehloh, L., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2014). Compassion fatigue in nurses caring for dying patients in Thailand. In *Conference paper: The 2nd NEU National and International Research Conference 2014* (pp. 1–9). Khon Kaen, Thailand: North Eastern University.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.

Laopakorn, C., Kunakorn, P., & Wacharasint, P. (2021). Burnout syndrome among Thai intensivists and nurses in pre-COVID19 era. *Clinical Critical Care*, *29*, e0009. doi:10.54205/ccc.v29i.254181

Maley, M. (2018). Combatting compassion fatigue with mindfulness. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, *11*(1), 52–58. doi:10.1891/2380-9418.11.1.52

Michel, C. M., & Brunet, D. (2019). EEG source imaging: A practical review of the analysis steps. *Frontiers in Neurology*, *10*, 325. doi:10.3389/fneur.2019.00325

Moghadam, K. N., Chehrzad, M. M., Masouleh, S. R., Mardani, A., Maleki, M., Akhlaghi, E., & Harding, C. (2021). Nursing workload in intensive care units and the influence of patient and nurse characteristics. *Nursing in Critical Care*, *26*(6), 425–431. doi:10.1111/nicc.12548

Owens, R. A., Alfes, C., Evans, S., Wyka, K., & Fitzpatrick, J. J. (2020). An exploratory study of a 3-minute mindfulness intervention on compassion fatigue in nurses. *Holistic Nursing Practice*, *34*(5), 274–281.doi:10.1097/HNP.0000000000000402

Peijsel, C. (2018). *Mindfulness: An investigation as to the relationship with emotional reactivity* (Doctoral dissertation). University of Leicester. Retrieved from https://figshare.le.ac.uk/articles/thesis/Mindfulness_An_Investigation_as_to_the_Relationship_with_Emotional_Reactivity/11335742

Perveen, K. (2022). Role of nurses in intensive care unit. *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*, *2*(1), 1. doi.:10.54393/nrs.v2i01.22

Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, *31*(1), 59–66. doi:10.1177/1043659619838876

Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, *28*(2), 288–297. doi:10.1111/nicc.12854

Sax, H. C. (2016). *Measurement and analysis in transforming healthcare delivery: Volume 2: Practical applications to engage and align providers and consumers*. New York: Springer.

Segal, Z. V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., … Levy, J. (2020). Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *77*(6), 563–573. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4693

Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, *27*(4), 239–242. doi:10.1177/1049909109354096

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, *49*(5), 557–563. doi:10.1111/jnu.12312

Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). New York: Brunner-Routledge.

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.

Vieten, L., Wöhrmann, A. M., & Michel, A. (2022). Work-time control and exhaustion: Internal work-to-home interference and internal home-to-work interference as mediators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3487. doi:10.3390/ijerph 19063487

รายงานการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง

Effectiveness of Health Behavior Modification Program Using Motivational Interviewing in Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Umphang Hospital

นุชนาถ ประกาศ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) [1]
Nutchanat Prakas, M.N.S. (Adult Nursing) [1]
ณริดา พรหมรักษา, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) [2]
Narida Promruksa, M.N.S. (Family Nurse Practitioner) [2]

Received: May 10, 2026 Revised: June 17, 2026 Accepted: June 18, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .71–.79 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nutchanat1@pnc.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก
[2] Registered Nurse, Umphang Hospital, Tak Province

ถึงเดือนเมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ Chi-square test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.626$, $p < .001$; $Z = -3.626$, $p < .001$; $Z = -2.828$, $p < .01$; $Z = -3.515$, $p < .001$ และ $Z = -3.718$, $p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.464$, $p < .01$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.343$, $p < .001$; $Z = -3.700$, $p < .001$; $Z = -4.008$, $p < .001$; $Z = -2.056$, $p < .05$ และ $Z = -2.109$, $p < .05$ ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.214$, $p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะโรคสงบและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of health behavior modification program using motivational interviewing in uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients, Umphang Hospital. The sample consisted of 60 type 2 diabetes mellitus patients who received treatment at the diabetes mellitus and hypertension clinic of Umphang Hospital, Tak Province. The patients were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a health behavior modification program using motivational interviewing in uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients, Umphang Hospital; a questionnaire on personal information; a questionnaire on sweet, fatty, and salty food consumption behaviors with the reliabilities in the range of .71–.79; a questionnaire on exercise behavior with a reliability of .89, and a record form regarding FPG and HbA1c. The implementation and data collection were conducted from January to April 2025. Data were analyzed using frequency, percentage, median, interquartile range, Chi-square test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank

test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower scores on sweet food consumption behavior, fatty food consumption behavior, salty food consumption behavior, FPG, and HbA1c than before the experiment (Z = -3.626, $p < .001$; Z = -3.626, $p < .001$; Z = -2.828, $p < .01$; Z = -3.515, $p < .001$; and Z = -3.718, $p < .001$, respectively). Also, the experimental group had a statistically significantly higher score on exercise behavior (Z = -3.464, $p < .01$); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower scores on sweet food consumption behavior, fatty food consumption behavior, salty food consumption behavior, FPG, and HbA1c than the control group (Z = -4.343, $p < .001$; Z = -3.700, $p < .001$; Z = -4.008, $p < .001$; Z = -2.056, $p < .05$; and Z = -2.109, $p < .05$, respectively). In addition, the experimental group had a statistically significantly higher score on exercise behavior than the control group (Z = -3.214, $p < .01$).

This research suggests that healthcare personnel should implement this health behavior modification program using motivational interviewing to care for diabetes mellitus patients. This approach may help the patients achieve remission and improve their quality of life.

Keywords: Health behavior, Behavior modification program, Motivational interviewing, Type 2 diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาและมีผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขในทุก ๆ ประเทศ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ข้อมูลจาก International Diabetes Federation (2025) ระบุว่า ผู้ที่มีอายุ 20–79 ปี ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มขึ้นเป็น 6.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2567 สอดคล้องกับข้อมูลของกรมควบคุมโรค (2566) ที่ระบุว่า สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 3 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี โรคเบาหวานมีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ทั้งระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่และระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคไต โรคแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ความผิดปกติของเส้นประสาท ทั้งนี้ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ได้กำหนดเป้าหมายในการรักษาโรค คือ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารควรอยู่ที่ 80–130 มก./ดล. และเป้าหมาย HbA1c ในผู้ใหญ่ พิจารณาตามปัจจัยดังนี้ 1) กรณีเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น HbA1c น้อยกว่า 7% ส่วนผู้ที่ควบคุมเข้มงวด HbA1c น้อยกว่า 6.5% 2) กรณีมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยหรือรุนแรง มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมาย HbA1c น้อยกว่า 8% และ 3) ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม ให้ควบคุม HbA1c 7.0–7.5% เข้มงวด (2) กลุ่มที่มีโรคร่วมหลายโรค

HbA1c น้อยกว่า 8% และ (3) กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในระยะท้ายของโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่ก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง หากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีจะเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง มีผลเสียอย่างมากในแง่การเจ็บป่วย (morbidity) และการสูญเสียชีวิต (mortality) เช่น จอประสาทตาเสื่อมทำให้ตาบอด การทำงานของไตลดลงทำให้ต้องล้างไตในที่สุด รวมถึงการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากจนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระดับผู้ป่วย ระดับครอบครัว จนถึงระดับประเทศ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2566) ปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายให้มากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ถึง 0.3% (Cradock et al., 2017)

โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 พบอัตราป่วยเท่ากับ 118.52, 129.48, 216.96, 106.09 และ 324 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีการเปลี่ยนแปลงไม่สม่ำเสมอ โดยมีแนวโน้มลดลงในช่วงต้นและเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง โดยมีค่าเท่ากับร้อยละ 37.59, 36.66, 30.06, 31.97 และ 37.61 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ [Health Data Center] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2567) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการบริโภคอาหาร ที่พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผางส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบทและเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีรูปแบบการบริโภคอาหารตามบริบทของพื้นที่ กล่าวคือ มีการบริโภคอาหารหวาน เช่น กาแฟปรุงสำเร็จ ขนมหวาน บริโภคอาหารมันจากการปรุงด้วยน้ำมันและกะทิ และบริโภคอาหารเค็มจากการถนอมอาหาร เช่น หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปลาแห้ง ตลอดจนการปรุงอาหารด้วยเกลือ น้ำปลา นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยมีความเชื่อว่า การออกกำลังกายต้องเป็นการเล่นกีฬาเท่านั้น ส่งผลให้ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน ทำให้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ที่ผ่านมา คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุ้มผาง ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แบบรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือควบคุมโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การแนะนำเรื่องอาหารโดยนักโภชนาการ การลดความเครียดและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นทำได้ยากและต้องใช้ระยะเวลานาน เพราะผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่คุ้นชิน เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การไม่ออกกำลังกาย ไม่ชอบทำกิจกรรมทางกาย รวมถึงการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง การไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้น การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งวิธีการหนึ่งที่ควรนำมาใช้ คือ การทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเองที่มากพอจนสามารถผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (ดวงดาว ศรียากูล และคณะ, 2567) โดยพยาบาลเป็นเพียงผู้ค้นหาแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล สนับสนุนแหล่งเรียนรู้

ในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แต่การที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และภาสกร คุ้มศิริ, 2564)

สำหรับการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น Miller and Rollnick (1991) ได้พัฒนาแนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing [MI]) เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และได้ให้ความหมายของเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าเป็นรูปแบบการดำเนินการดูแลที่สนับสนุนการสำรวจและหาทางออกผ่านกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้างและทิศทางที่ชัดเจน มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งมีการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีประสิทธิผลสูงสุดจนทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (จันจิรา หินขาว, บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, และพรฤดี นิธิรัตน์, 2563)

คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุ้มผาง ยังไม่มีโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงเป็นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ ไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยและเป็นในภาพรวม ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) มาประยุกต์ใช้เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุ้มผาง เกิดแรงจูงใจภายในและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง

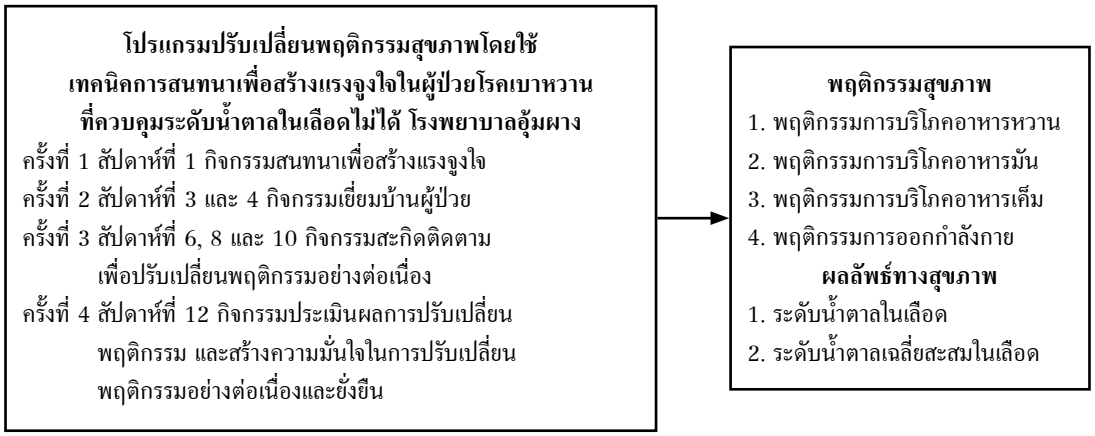
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม

การออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ของ Miller and Rollnick (2013) ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยที่สะท้อนความต้องการ ความสามารถ เหตุผล และความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำสั่งสอน และ 3) การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้จิตวิญญาณของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (spirit of MI) 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความร่วมมือ (partnership) การยอมรับ (acceptance) ความปรารถนาดี (compassion) และการดึงดูดจากภายใน (evocation) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และค้นพบแรงจูงใจภายในโดยใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) การเสริมแรงเชิงบวก (affirmations) การสะท้อนความคิด (reflective listening) และการสรุปประเด็น (summaries) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิด Change Talk และค้นพบสาเหตุภายในของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความเชื่อมั่นในตนเอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) อายุ 18–65 ปี 3) มีระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) มากกว่า 130 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ไม่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคหรือเกิดความเสี่ยงในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคธาลัสซีเมีย โรค G6PD และไม่มีภาวะเสียเลือดหรือเพิ่งได้รับเลือด และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) เกิดการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 3) เกิดการตั้งครรภ์ และ 4) ขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลางถึงขนาดใหญ่ เท่ากับ .70 (Cohen, 1988) (เนื่องจากการดำเนินโปรแกรมมีหลายองค์ประกอบ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง และคาดว่าจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ในระดับปานกลางถึงระดับสูง) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 52 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยของประชากร เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการใช้เลขสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ของ Miller and Rollnick (2013) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 15–20 นาที ผู้วิจัยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ดังนี้ 1) สนทนารายบุคคลโดยใช้คำถามปลายเปิดถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง 2) ใช้คำถามชวนคิดเพื่อค้นหาแรงจูงใจ “อะไรทำให้อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” 3) วัดคะแนนความตั้งใจ และระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยไม้บรรทัดวัดใจ 4) ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย 1 อย่าง ที่ตนเองสามารถทำได้ง่าย ๆ และวางแผนกิจกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้น เสนอทางเลือกหากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ 5) ให้ความรู้/คำแนะนำแบบสั้นตามที่ผู้ป่วยต้องการ 6) ให้ผู้ป่วยกล่าวสรุปถึงเป้าหมายและแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7) ชื่นชม สร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 8) บันทึกผลการสนทนาลงในแบบบันทึก

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ใช้เวลา 20–30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 (ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 หรือ 4) ดังนี้ 1) ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนของผู้ป่วย 2) ประเมินสภาพแวดล้อม ครอบครัว ญาติ พร้อมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย 3) ฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ โดยเน้นการตั้งเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม และการแก้ไขอุปสรรค ร่วมกับ

เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ 4) สร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 5) บันทึกผลการสนทนาลงในแบบบันทึก

ครั้งที่ 3 กิจกรรมสะกิดติดตามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาครั้งละ 5 นาที ผู้วิจัยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 10 (ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง) ดังนี้ 1) โทรศัพท์/ทักไลน์ส่วนตัว/ทักในเฟซบุ๊ก 2) ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่วางไว้ 3) ให้คำแนะนำแบบสั้นตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 4) ชื่นชม ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 5) บันทึกผลการสนทนาลงในแบบบันทึก

ครั้งที่ 4 กิจกรรมประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ใช้เวลา 10–15 นาที ผู้วิจัยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 ดังนี้ 1) สนทนารายบุคคลเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 2) ประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องการปรับเปลี่ยนว่าเป็นไปตามแผนที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ตามแบบบันทึก 3) ให้ผู้ป่วยวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี และ 4) ชื่นชม สร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการรับประทานยาโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาจากแบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ. 2558 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด และ 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม (โซเดียม) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ทุกวัน/เกือบทุกวัน 3–4 ครั้งต่อสัปดาห์ และแทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน/มัน/เค็มในปริมาณที่พอเหมาะ (5 คะแนน) ในปริมาณที่ค่อนข้างสูง (6–9 คะแนน) ในปริมาณสูง (10–13 คะแนน) และในปริมาณสูงมาก (14–15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาจากแบบคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่มเมตาบอลิซึม ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ และออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย (1 คะแนน) มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ (2 คะแนน) มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี (4 คะแนน) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีมาก (5 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคเบาหวาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการคัดกรองโรคเบาหวานประจำปีงบประมาณ 2566 ในหมู่ที่ 1 ตำบลแม่กลอง อำเภออุ้มผาง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .71, .77, .79 และ .89 ตามลำดับ ส่วนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เป็นการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลอุ้มผาง ซึ่งห้องปฏิบัติการนี้ได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และผ่านการประเมินคุณภาพภายนอก (external quality assessment [EQA]) ปี พ.ศ. 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 002 TAKREC No 002/2568 วันที่ 13 มกราคม 2568) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผาง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับทั้งสองกลุ่มในช่วงเวลาเดียวกัน (ต่างวันกัน) โดยก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในวันพุธ และพบกลุ่มควบคุมในวันศุกร์ ที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 10–15 นาที และให้ได้รับการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (pre-test) ผู้วิจัยบันทึกค่าในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3. ในสัปดาห์ที่ 1–12 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง เป็นรายบุคคล โดยในสัปดาห์ที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ในสัปดาห์ที่ 3–4 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (ได้รับการเยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 หรือ 4) ในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 10 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมสะกิดติดตามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 12 ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมจำนวน 12

สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบเดิม จำนวน 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เรื่อง โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การลดความเครียด และการออกกำลังกาย จากนั้นนักโภชนาการแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยสรุป และนัดหมายวัน-เวลาในการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 16

4. ในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 5–10 นาที และให้ได้รับการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (post-test) ผู้วิจัยบันทึกค่าในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 40–59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 โดยมีค่ามัธยฐานของอายุ 57.50 ปี (IQR = 10.50) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 เท่ากัน มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 และส่วนใหญ่รับประทานยาโรคเบาหวานทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 83.30 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 40–59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.70 โดยมีค่ามัธยฐานของอายุ 56 ปี (IQR = 15.25) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 มีอาชีพค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 และส่วนใหญ่รับประทานยาโรคเบาหวานทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 86.70 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการรับประทานยาโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษาและอาชีพ แตกต่างกัน (ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมและให้ข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

แต่ละราย เน้นการสื่อสารแบบรายบุคคล จึงอาจช่วยลดผลกระทบจากความแตกต่างได้ระดับหนึ่ง)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.626$, $p < .001$; $Z = -3.626$, $p < .001$; $Z = -2.828$, $p < .01$; $Z = -3.515$, $p < .001$ และ $Z = -3.718$, $p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.464$, $p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมันต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.309$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Wilcoxon signed-rank test	
	Med	Q1–Q3	Med	Q1–Q3	Z	*p*
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	2.00	2.00–3.00	2.00	1.00–2.00	-3.626	< .001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน	2.00	2.00–3.00	2.00	1.00–2.00	-3.626	< .001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม	2.00	2.00–2.00	2.00	2.00–2.00	-2.828	.005
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.00	1.00–2.00	2.50	1.00–3.00	-3.464	.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	154.00	135.25–196.50	137.00	121.00–164.25	-3.515	< .001
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	7.55	7.27–8.80	7.30	6.90–7.95	-3.718	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	3.00	2.00–3.00	3.00	2.00–3.00	-.632	.527
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน	3.00	2.00–3.00	2.00	2.00–3.00	-2.309	.021
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม	2.00	2.00–3.00	2.00	2.00–3.00	-1.000	.317
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.00	1.00–1.25	1.00	1.00–2.00	-1.406	.160
ระดับน้ำตาลในเลือด	151.00	138.00–184.25	155.00	138.00–185.00	-.339	.734
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	7.80	7.30–8.72	7.80	7.20–8.90	-.379	.705

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.343$, $p < .001$; $Z = -3.700$, $p < .001$; $Z = -4.008$, $p < .001$; $Z = -2.056$, $p < .05$ และ $Z = -2.109$, $p < .05$ ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.214$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)		**กลุ่มควบคุม** (n = 30)		**Mann-Whitney U test**	
	Med	Q1–Q3	Med	Q1–Q3	Z	*p*
ก่อนการทดลอง						
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	2.00	2.00–3.00	3.00	2.00–3.00	-1.684	.092
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน	2.00	2.00–3.00	3.00	2.00–3.00	-1.439	.150
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม	2.00	2.00–2.00	2.00	2.00–3.00	-1.494	.135
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.00	1.00–2.00	1.00	1.00–1.25	-.567	.567
ระดับน้ำตาลในเลือด	154.00	135.25–196.50	155.00	138.00–184.25	-.030	.976
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	7.55	7.27–8.80	7.80	7.30–8.72	-.704	.481
หลังการทดลอง						
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	2.00	1.00–2.00	3.00	2.00–3.00	-4.343	< .001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน	2.00	1.00–2.00	2.00	2.00–3.00	-3.700	< .001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม	2.00	2.00–2.00	2.00	2.00–3.00	-4.008	< .001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.50	1.00–3.00	1.00	1.00–2.00	-3.214	.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	137.00	121.00–164.25	155.00	138.00–185.00	-2.056	.040
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	7.30	6.90–7.95	7.80	7.20–8.90	-2.109	.035

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้จากการรับรู้และมีแรงจูงใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กระบวนการของโปรแกรมใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และมุ่งเน้นการกระตุ้นแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่ทำ คือ การใช้คำถามปลายเปิด การเสริมแรงเชิงบวก การสะท้อนความคิด และการสรุปประเด็น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจพฤติกรรมของตนเองอย่างละเอียด ทำให้เกิดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและการไม่ออกกำลังกายที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำสั่งสอน และ 3) การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิด Change Talk ซึ่งเป็นการแสดงออกทางคำพูดที่สะท้อนความต้องการ ความสามารถ เหตุผลและความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อันเป็นแนวคิดสำคัญของ Miller and Rollnick (2013) กล่าวคือ เมื่อบุคคลสามารถให้เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองจะนำไปสู่ความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติจริง ก่อให้เกิดการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบอิสระ (autonomous motivation) ซึ่งการศึกษาของ Sinkariova and Mieziene (2017) พบว่า แรงจูงใจแบบอิสระมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการตระหนักรู้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่นปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น จะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ใจมา และพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงว่า โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลที่ดี ควรนำไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และสอดคล้องกับการศึกษาของละอองกลิ่น กนกแสง (2564) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

สำหรับคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นนั้น น่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และมีการติดตามรายบุคคลในรูปแบบต่างๆ เช่น โทรศัพท์ ทักไลน์ส่วนตัว ทักในเฟซบุ๊ก และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเป้าหมายด้านการออกกำลังกาย สะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่พบจริง จึงได้ข้อแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยผู้วิจัยมีการเสริมแรงเชิงบวกเป็นระยะ กระบวนการติดตามนี้มีส่วนช่วยให้เกิดความ

ต่อเนื่องของพฤติกรรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจภายในระดับสูง และใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนานกว่าพฤติกรรมอื่นๆ (Miller & Rollnick, 2013) ดังนั้นระยะเวลาของโปรแกรมจึงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก การกำกับติดตามและสร้างแรงจูงใจจึงมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Khalesi et al. (2022) ที่ระบุว่า การลดการบริโภคโซเดียมจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถลดโซเดียมได้ หากไม่เน้นการลดโซเดียมอย่างเฉพาะเจาะจง อาจทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผางมีประสิทธิผลดีกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมเน้นการสร้างความร่วมมือในการพูดคุย รับฟังผู้ป่วยอย่างไม่ตัดสิน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิดและการสะท้อนความคิดที่ช่วยกระตุ้นให้มีการตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมเดิม และเกิดแรงจูงใจภายในที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรมมีความสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความเชื่อมั่นในตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสารภี ปานเพ็ชร (2564) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย สูตรสุวรรณ (2567) ที่พบว่า หลังการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชนันพร มงคลรังสฤษฎ์ (2567) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดีกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นว่า การใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดแรงจูงใจภายในและเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลอุ้มผาง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะโรคสงบและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขยายเวลาในการทดลองจาก 4 เดือน เป็น 6 เดือน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะยาว

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ ลดช่องว่างของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้*. สืบค้นจาก https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=38403

จันจิรา หินขาว, บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, และพรฤดี นิธิรัตน์. (2563). การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, *31*(1), 205–212.

ชนันพร มงคลรังสฤษฎ์. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, *34*(2), 34–45.

ดวงดาว ศรียากูล, สันติ ลาภเบญจกุล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, และภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *18*(1), 72–92.

นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และภาสกร คุ้มศิริ. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, *52*(1), 62–74.

ปนัดดา ใจมา, และพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, *4*(3), e267206.

พิศมัย สูตรสุวรรณ. (2567). ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, *9*(2), 172–183.

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2567). *ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก*. สืบค้นจาก https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php

ละอองกลิ่น กนกแสง. (2564). ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, *5*(10), 161–170.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สารภี ปานเพ็ชร. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และรอบเอว ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิเวศน์. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, *2*(3), 97–108.

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

Cradock, K. A., ÓLaighin, G., Finucane, F. M., Gainforth, H. L., Quinlan, L. R., & Ginis, K. A. M. (2017). Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *14*(1), 18. doi:10.1186/s12966-016-0436-0

International Diabetes Federation. (2025). *Thailand: Diabetes country report 2000–2050*. Retrieved from https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/thailand/

Khalesi, S., Williams, E., Irwin, C., Johnson, D. W., Webster, J., McCartney, D., ... Vandelanotte, C. (2022). Reducing salt intake: A systematic review and meta-analysis of behavior change interventions in adults. *Nutrition Reviews*, *80*(4), 723–740. doi:10.1093/nutrit/nuab110

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Sinkariova, L., & Mieziene, B. (2017). Diet behavior in patients with diabetes in accordance with integrated model of SDT and TPB. *The European Health Psychologist*, *19*(Suppl.), 3107. Retrieved from https://ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/3107

World Health Organization. (2022). *Diabetes*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

อิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

Influence of Self-care Knowledge and Social Support on Quality of Life in Children with Transfusion-dependent Thalassemia at Phrapokklao Hospital

รสสุคนธ์ เจริญสัตย์สิริ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [1]

Rossukon Charoensatsiri, M.N.S. (Pediatric Nursing) [1]

Received: June 8, 2026 Revised: June 27, 2026 Accepted: June 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต และอิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดและผู้ปกครอง แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็ก PedsQL™ รุ่นที่ 4.0 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 74.86 (SD = 15.79) 2) ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457$, $p < .001$ และ $r = .461$, $p < .001$ ตามลำดับ) และ 3) ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1] Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rossukon@pnc.ac.th

ของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้ร้อยละ 30.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .303, p < .001) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้มากที่สุด (Beta = .351, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตัว ร่วมกับเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ความรู้ในการปฏิบัติตัว การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This predictive correlational research aimed to study quality of life; the relationships among self-care knowledge, social support, and quality of life; and the influence of self-care knowledge and social support on quality of life in children with thalassemia. The sample consisted of 90 children with transfusion-dependent thalassemia at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments included a general information questionnaire for children and parents, a self-care knowledge test with a reliability of .84, a social support questionnaire with a reliability of .88, and the Pediatric Quality of Life Inventory™ with a reliability of .91. Data were collected from January to March 2026. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation, and multiple regression analysis (enter method).

The research results revealed that 1) the overall score of quality of life in children with transfusion-dependent thalassemia was 74.86 (*SD* = 15.79); 2) self-care knowledge and social support were positively and statistically significantly related to quality of life in children with transfusion-dependent thalassemia (r = .457, p < .001 and r = .461, p < .001, respectively); and 3) self-care knowledge and social support could statistically significantly predict quality of life in children with transfusion-dependent thalassemia, accounting for 30.30% of the variance (adj. R^2 = .303, p < .001). The most predictive factor was social support (Beta = .351, p < .001).

This research suggests that healthcare personnel responsible for caring for children with thalassemia should provide activities aimed at enhancing self-care knowledge and strengthening social support to ultimately improve the quality of life for children with transfusion-dependent thalassemia.

Keywords: Quality of life, Children with transfusion-dependent thalassemia, Self-care knowledge, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังแต่กำเนิดที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อย (autosomal recessive) เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบิน (globin) ทำให้การสร้างสายโกลบินลดลงหรือขาดหายไป โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในส่งผลให้มีการสร้างฮีโมโกลบินลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) ก่อให้เกิดอาการซีดเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ตัวเหลือง ตาเหลือง และร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่มาทดแทน ทำให้ตับม้ามโต ไขกระดูกซึ่งเป็นแหล่งสร้างเม็ดเลือดแดงต้องทำงานมากกว่าปกติ จึงเกิดการขยายตัว ทำให้กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง ฟันบนยื่น การเจริญเติบโตไม่สมอายุ หัวใจวาย และมีอาการแทรกซ้อนอื่นจากภาวะซีดเรื้อรัง (สุทัศน์ ฟู่เจริญ, วรวรรณ ตันไพจิตร, กิตติ ต่อจรัส, วิปร วิประกษิต, และอรุโณทัย มีแก้วกุญชร, 2557) ซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำและมีอาการเหล็กเกิน (กิตติ ต่อจรัส, 2556) การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะซีดของโรค (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018)

การดูแลสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เลือด ตับ เนื้อแดง รวมทั้งการหลีกเลี่ยงยาและวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ในขณะเดียวกันควรส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงหรือดื่มนมอย่างเพียงพอ (Hockenberry et al., 2018) สำหรับการให้กรดโฟลิก (folic acid) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความต้องการกรดโฟลิกสูงกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยภาวะโลหิตจาง โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 1 ปี ควรได้รับกรดโฟลิกขนาด 5 มิลลิกรัมต่อวัน ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ควรได้รับกรดโฟลิกขนาด 2.5 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดอย่างเพียงพอจนสามารถยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ (high transfusion regimen) รวมถึงผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียหรือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซีด ไม่จำเป็นต้องได้รับการเสริมกรดโฟลิกเป็นประจำ (กิตติ ต่อจรัส, 2556; Hockenberry et al., 2018)

การให้เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (packed red cell transfusion) ถือเป็นแนวทางการรักษาหลักในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยควรใช้เม็ดเลือดแดงเข้มข้นที่ผ่านการลดเม็ดเลือดขาว (leukocyte-poor packed red cell) ในปริมาณ 10–15 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง และไม่ควรให้เกิน 2 ยูนิตต่อครั้ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น hypertension-convulsion-cerebral hemorrhage syndrome (HCC syndrome) ซึ่งประกอบด้วยภาวะความดันโลหิตสูง อาการชัก และภาวะเลือดออกในสมองภายหลังการได้รับเลือด (กิตติ ต่อจรัส, 2556)

จะเห็นได้ว่า เด็กที่เป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงต้องเข้ารับเลือดเป็นระยะ ซึ่งเด็กเหล่านี้อยู่ในวัยเรียน จำเป็นต้องหยุดเรียนเพื่อมารับเลือดทุก 2 สัปดาห์ หรือทุก 1 เดือน ตามความรุนแรงของโรค ทำให้ส่งผลต่อผลการเรียน เด็กไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกไม่มีคุณค่า บางครั้งเด็กถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน นอกจากนี้ ผลข้างเคียงจากการรักษาโรคธาลัสซีเมีย เช่น ความอ่อนเพลีย ภาวะแทรกซ้อนจากการมีธาตุเหล็กสะสมมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กได้ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติ (Drahos et al., 2024; Fatkuriyah & Hidayati, 2022; Greco & Marino, 2022; Sharma, Seth, Jawade, Ingale, & Setia, 2017) นอกจากโรคธาลัสซีเมียจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ระดับฮีโมโกลบินก่อนรับเลือด

การได้รับยาขับเหล็ก ระดับเฟอริติน และเศรษฐานะ (กิตติ ต่อจรัส, 2556; ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, และพจนารถ สารพัด, 2563; Fatkuriyah & Hidayati, 2022) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยความรู้ในการปฏิบัติตัว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ในส่วนความรู้ในการปฏิบัติตัวนั้น ตามแนวคิดของ Orem (1995) อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดทางสุขภาพ ย่อมต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ รวมถึงทักษะของผู้ดูแล เมื่อเด็กธาลัสซีเมียมีความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่เด็กธาลัสซีเมียจะกระทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลเฉพาะของเด็ก ได้แก่ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมีย ดังการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (วสันต์ ศรีแดน, อุษณีย์ จินตะเวช, และศรีมนา นิยมค้า, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการรบกวนในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็ก (เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, 2558) แสดงให้เห็นว่า การที่เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ ครู และบุคคลในสังคม จะช่วยส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการเรียน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียดีขึ้น (Greco & Marino, 2022)

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า ให้บริการดูแลรักษาเด็กโรคธาลัสซีเมียที่จำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดให้บริการรับเลือดสัปดาห์ละ 2 วัน และในแต่ละครั้งมีผู้ป่วยเด็กเข้ารับเลือด 10–15 ราย จะเห็นได้ว่า เด็กต้องขาดเรียนเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่หากเด็กมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ดี และได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรสุขภาพ น่าจะช่วยให้เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุม ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแล การให้คำแนะนำ การส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตัว ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่เด็กและครอบครัว อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดให้ดียิ่งขึ้น และเด็กสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

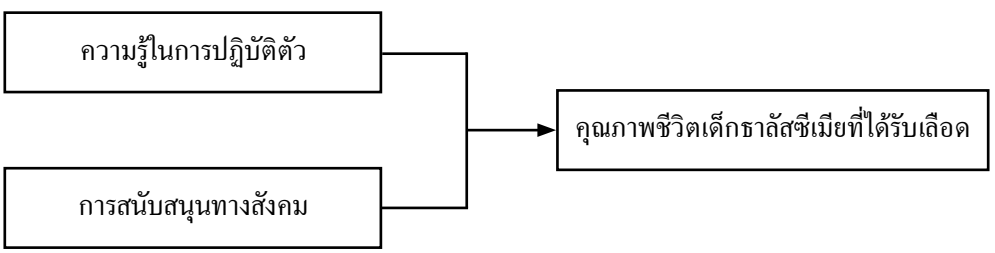
สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

2. ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาอิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ซึ่งความรู้ในการปฏิบัติตัวเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการคิดวิเคราะห์ และนำมาใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของ Orem (1995) หากเด็กธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือแม้แต่การมาตรวจตามนัด การมารับเลือดตามกำหนดจะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดี เรียนทันเพื่อน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยบุคคลที่รับรู้ว่าตนได้รับการเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับจะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้อย่างดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าทั้งความรู้ในการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 7–15 ปี และได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี พร้อมผู้ปกครอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เด็กไม่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง 2) ไม่อยู่ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ 3) ไม่มีอาการแพ้เลือดหรือความผิดปกติขณะได้รับเลือด 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถาม

ได้ด้วยตนเองหรือผู้ปกครองช่วยอธิบายเพิ่มเติม 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 6) ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ซึ่งสามารถใช้ประมาณขนาดตัวอย่างในการวิจัยทางการพยาบาล (Polit, 2010) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถาม แบบทดสอบ หรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 90 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกเด็กธาลัสซีเมียที่มีเลขลำดับการเข้ารับเลือดเป็นเลขคี่

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดและผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับที่ของบุตร และการรักษาที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด และระดับการศึกษา จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกต้อง ไม่ถูกต้อง หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวในระดับต่ำ (0–5 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6–10 คะแนน) และในระดับสูง (11–15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ตรงกับความรู้สึกน้อยที่สุด ตรงกับความรู้สึกน้อย ตรงกับความรู้สึกปานกลาง ตรงกับความรู้สึกมาก และตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (25.00–58.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (58.34–91.67 คะแนน) และในระดับสูง (91.68–125.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็ก PedsQL™ รุ่นที่ 4.0 ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเด็ก (Pediatric Quality of Life Inventory™) ของ Varni ปี ค.ศ. 1999 ที่ได้รับอนุญาตจาก Mapi Research Trust ให้นำมาใช้ได้ในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัย แปลเป็นภาษาไทยโดยภาสกร ศรีทิพย์สุโข (2557) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0–4 ได้แก่ ไม่เป็นปัญหาเลย เกือบไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาบางครั้ง เป็นปัญหาบ่อย และเป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา สำหรับการแปลผลคะแนน เนื่องจากเป็นคำถามเชิงปัญหา จึงมีการปรับคะแนนโดยกลับค่าจาก 0–4 คะแนน เป็น 100–0 คะแนน ตามลำดับ ดังนั้น คะแนนรายด้านและคะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0–100 คะแนน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง

มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และคะแนนสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดและผู้ปกครอง แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กธาลัสซีเมีย พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลเด็กธาลัสซีเมีย และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวฯ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฯ ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .93 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวฯ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฯ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็ก PedsQL™ รุ่นที่ 4.0 ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .84 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฯ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของเด็กฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 112/68 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบวัด จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบเด็กธาลัสซีเมียพร้อมผู้ปกครองที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้เด็กธาลัสซีเมียตอบแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบวัด โดยผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยอธิบายข้อคำถามให้เด็กเข้าใจ โดยใช้เวลาคนละ 30–40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดและผู้ปกครอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด และข้อมูลคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการหาอิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดและผู้ปกครอง พบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 7–12 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.73 ปี (*SD* = 2.17) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.80 ลำดับที่ของบุตร คือ เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 50 และการรักษาที่ได้รับ คือ ส่วนใหญ่ได้รับเลือด ยาขับเหล็ก และยาโฟลิก คิดเป็นร้อยละ 76.70 ส่วนผู้ปกครอง พบว่า ความสัมพันธ์กับเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 88.90 และเป็นปู่ย่าตายาย คิดเป็นร้อยละ 11.10 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30

2. ความรู้ในการปฏิบัติตัวของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด พบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง (*M* = 6.43, *SD* = 1.19)

3. การสนับสนุนทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด พบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (*M* = 58.35, *SD* = 18.68)

4. คุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด พบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 74.86 (*SD* = 15.79) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ ด้านสังคม (min–max = 40–100, *M* = 82.83, *SD* = 17.91) รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ (min–max = 30–100, *M* = 78.78, *SD* = 18.50) ด้านสุขภาพ (min–max = 31.25–100.00, *M* = 73.47, *SD* = 18.66) และด้านโรงเรียน (min–max = 30–100, *M* = 64.94, *SD* = 20.19) ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .457, $p < .001$ และ r = .461, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด (n = 90)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด	
	r	*p*
ความรู้ในการปฏิบัติตัว	.457	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.461	< .001

6. อิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้ร้อยละ 30.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .303, $p < .001$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้มากที่สุด (Beta = .351, $p < .001$) รองลงมา คือ ความรู้ในการปฏิบัติตัว (Beta = .344, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อิทธิพลของความรู้ในการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด (n = 90)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*p*
การสนับสนุนทางสังคม	6.012	1.603	.351	3.751	< .001
ความรู้ในการปฏิบัติตัว	91.066	24.729	.344	3.683	< .001

Constant = -41.569, R = .565, R^2 = .319, adj. R^2 = .303, F = 20.373, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 74.86 ซึ่งนับว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กธาลัสซีเมียได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กอย่างมาก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 88.90) และปู่ย่าตายาย (ร้อยละ 11.10) จึงทำให้เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพ และด้านโรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของพจนพร งามประภาสม (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของประกริต รัชวัตร์ และนัยนา ภูลม (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dhirar, Khandekar, Bachani, and Mahto (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี วงค์ชุม, รัตน์เกล้า ปราบสมรชัย, และดวงนภา ทุบแป้น (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า เด็กธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติ (Fatkuriyah & Hidayati, 2022; Greco & Marino, 2022; Sharma et al., 2017)

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการคิดวิเคราะห์ และนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยเด็กมีการนำความรู้ในการปฏิบัติตัวมาใช้ในการดูแลตนเอง โดยมีผู้ปกครองเป็นผู้สนับสนุน และผู้ปกครองมีการนำความรู้ในการปฏิบัติตัวมาปรับใช้ในการดูแลเด็ก ส่งผลให้เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของภูผา วงศ์รัศมีเดือน (2563) ที่พบว่า เด็กและผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับเลือด การควบคุมธาตุเหล็ก การรับประทานยา มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากสามารถปรับตัวต่อโรคได้ดีขึ้น นอกจากนี้ความรู้ยังเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลต่อความเป็นอยู่ทางอารมณ์และการทำกิจกรรมประจำวัน มีผลต่อการเสริมสร้างความมั่นใจให้เด็กและผู้ปกครอง เด็กสามารถคาดการณ์กระบวนการรักษา เข้าใจอาการแทรกซ้อน และมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการสังเกตอาการซีด และการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด ช่วยให้ผู้ดูแลมีระดับความรู้ความเข้าใจ

เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กดีขึ้น (เบ็ญจา พุฒซ้อน, นฤมล จันทร์สุข, และฉัตรฤดี ฟุ่มลัดดา, 2567; พิมพ์กมน กิตติพงษ์วรกิจ, ปรวรรณ รอดบุญชัย, และนฤมล ศิริชัย, 2566)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลเด็กธาลัสซีเมียที่ต้องได้รับเลือด ครอบครัวที่ให้ทั้งความรัก กำลังใจ การช่วยเหลือด้านร่างกาย และการพามาโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด รู้สึกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่ช่วยเหลือ เป็นการส่งเสริมให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้สะท้อนออกมาเป็นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรักษา เช่น การได้รับยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม 2) ด้านบทบาทหน้าที่ เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน และ 3) ด้านจิตสังคม เช่น การจัดการความโกรธ ความเครียด ซึ่งการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ การที่เด็กธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ โรงเรียน และกลุ่มเพื่อน ยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น และเพิ่มความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เด็กมีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พจนพร งามประภาสม, 2563; ภูผา วงศ์รัศมีเดือน, 2563; ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, และมณีพร ภิญโญ, 2563)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการเพิ่มคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตัว และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด เช่น ความเครียด ภาวะเหล็กเกิน เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กว้างยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติ ต่อจรัส. (2556). การดูแลรักษาธาลัสซีเมีย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, *66*(4), 179–188.

เบ็ญจา พุฒซ้อน, นฤมล จันทร์สุข, และฉัตรฤดี ฟุ่มลัดดา. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียแบบไร้รอยต่อ. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, *11*(6), 222–234.

ประกริต รัชวัตร์, และนัยนา ภูลม. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *15*(1), 334–349.

พจนพร งามประภาสม. (2563). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ ที่โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, *28*(1), 12–26.

พิมพ์กมน กิตติพงษ์วรกิจ, ปรวรรณ รอดบุญชัย, และนฤมล ศิริชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้โรคธาลัสซีเมียของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ*, *1*(2), 66–82.

ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. (2557). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กในโรงเรียนและผลกระทบจากโรคอ้วนและโรคภูมิแพ้* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภูผา วงศ์รัศมีเดือน. (2563). คุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำโสม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, *28*(3), 326–335.

รุ่งฤดี วงค์ชุม, รัตน์เกล้า ปราบสมรชัย, และดวงนภา ทุบแป้น. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, *22*(43), 21–34.

เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการรบกวนของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็ก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *23*(2), 32–46.

วสันต์ ศรีแดน, อุษณีย์ จินตะเวช, และศรีมนา นิยมค้า. (2564). การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. *พยาบาลสาร*, *48*(4), 134–145.

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, และพจนารถ สารพัด. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, *14*(3), 146–157.

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, และมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *28*(2), 27–39.

สุทัศน์ ฟู่เจริญ, วรวรรณ ตันไพจิตร, กิตติ ต่อจรัส, วิปร วิประกษิต, และอรุโณทัย มีแก้วกุญชร. (บ.ก.). (2557). *แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

Cobb, S. (1976). Presidential address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003

Dhirar, N., Khandekar, J., Bachani, D., & Mahto, D. (2016). Thalassemia major: How do we improve quality of life? *SpringerPlus*, *5*(1), 1895. doi:10.1186/s40064-016-3568-4

Drahos, J., Boateng-Kuffour, A., Calvert, M., Levine, L., Dongha, N., Li, N., … Martin, A. P. (2024). Health-related quality-of-life impacts associated with transfusion-dependent β-thalassemia in the USA and UK: A qualitative assessment. *The Patient*, *17*(4), 421–439. doi:10.1007/s40271-024-00678-7

Fatkuriyah, L., & Hidayati, A. (2022). Factors related to quality of life among children with thalassemia major: A literature review. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, *11*(1), 47–56. doi:10.36720/nhjk.v11i1.340

Greco, F., & Marino, F. (2022). Social impact and quality of life of patients with β-thalassaemia: A systematic review. *EMJ Hematology*. doi:10.33590/emjhematol/22-00041

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381–406. doi:10.1007/BF00846149

Sharma, S., Seth, B., Jawade, P., Ingale, M., & Setia, M. S. (2017). Quality of life in children with thalassemia and their caregivers in India. *Indian Journal of Pediatrics*, *84*(3), 188-194. doi:10.1007/s12098-016-2267-z

8 หรือ 12 ชั่วโมง: รูปแบบใดคือคำตอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตภายใต้ภาวะขาดแคลนพยาบาล?

8-Hour or 12-Hour Shifts: Which Model Best Supports Critical Care Nursing amid the Nursing Shortage?

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, Ph.D. (Nursing) [1]
Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) [1]
พิมพ์วลัญช์ อายุวัฒน์, Ph.D. (Caring Science) [2]
Pimwalunn Aryuwat, Ph.D. (Caring Science) [2]

Received: May 7, 2026 Revised: May 25, 2026 Accepted: June 14, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาลได้พยายามหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีแผนระยะสั้นและระยะยาว โดยแผนระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เช่น การให้สถาบันการศึกษาผลิตพยาบาลจำนวนมากขึ้นในหลักสูตรพยาบาล 4 ปี การผลิตพยาบาลหลักสูตร 2.5 ปี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแผนระยะสั้นเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น การจ้างพยาบาลเกษียณเข้ามาปฏิบัติการพยาบาลในระบบ การมีแนวคิดการปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เป็นต้น โดยเฉพาะการปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายและจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย อันประกอบด้วย ผู้บริหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย เพื่อให้การกำหนดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพน้อยที่สุด

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungnapha@pnc.ac.th
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] Instructor, Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

คำสำคัญ: ชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง
การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ภาวะขาดแคลนพยาบาล

Abstract

The current nursing shortage has significantly affected patients, nurses, and the healthcare system. The Ministry of Public Health and the Thailand Nursing and Midwifery Council have attempted to address this issue through both short-term and long-term strategies. Long-term strategies include increasing the production capacity of nursing graduates through four-year nursing programs and accelerated 2.5-year nursing programs. In addition, short-term strategies have been implemented to urgently reduce the nursing shortage, such as rehiring retired nurses to return to clinical practice and introducing alternative nursing shift patterns, including changing nursing work schedules from 8-hour shifts to 12-hour shifts. In particular, changing nursing shift patterns is considered both challenging and necessary, requiring careful investigation of the potential impacts on all stakeholders, including administrators, nurses, and patients. Such evidence is essential to ensure that the implementation of nursing work schedules minimizes negative consequences for patients, nurses, and the overall healthcare system.

Keywords: Shift hours, 8-Hour shifts, 12-Hour shifts, Nursing shortage

บทนำ

ภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาที่พบในระบบสุขภาพทั่วโลกและประเทศไทย สำหรับประเทศไทย ภาวะขาดแคลนพยาบาลเกิดจากความต้องการพยาบาลมากกว่าจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการวางแผนอัตรากำลังคนและภารกิจด้านสุขภาพ แต่การผลิตพยาบาลจากสถาบันการศึกษาก็ไม่เพียงพอกับจำนวนพยาบาลที่ลาออก จากสถิติในปี พ.ศ. 2567 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ (ภาพรวมประเทศไทย) มีจำนวน 209,187 คน โดยการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากระบบหรือลาออกจากระบบเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 4 โดยจำนวนนี้เป็นพยาบาลจบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานการพยาบาลลาออกในปีแรกและปีที่ 2 ถึงร้อยละ 49 และ 25 ตามลำดับ ซึ่งอายุการทำงานเฉลี่ยของพยาบาลอยู่ที่ 22.5 ปี อัตราการสูญเสียพยาบาลในระบบสุขภาพสูงถึงร้อยละ 4 หรือประมาณ 7,000 คน (อัญชลี แสงชาญชัย, 2567) และดัชนีความเข้มข้นของการขาดแคลนพยาบาลสูงถึงร้อยละ 31 โดยจำนวนการขาดแคลนเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 68 คนต่อโรงพยาบาล ซึ่งพบการขาดแคลนพยาบาลรวมทั้งสิ้นประมาณ 16,000 คน (ทีปกร จิร์ฐิติกุลชัย, 2563) แม้ว่าการผลิตพยาบาลในสถาบันการศึกษาแต่ละปีจะมากถึง 10,000 คน แต่ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลไม่ได้อยู่ที่การผลิตไม่เพียงพอ แต่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน ที่เป็นปัจจัยผลักดันทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถอยู่ในองค์กร

เดิมได้และลาออก ได้แก่ แรงกดดันในองค์กร เช่น ภาระงานหนัก ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลในหน่วยงาน เป็นต้น (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568) ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า (fatigue) เครียด (stress) และภาวะหมดไฟ (burnout) และลาออกในที่สุด การลาออกของพยาบาลส่งผลกระทบทั้งต่อบุคลากรในหน่วยงานและส่งผลกระทบระดับองค์กรและระบบสุขภาพ กล่าวคือ องค์กรต้องประสบปัญหาต้นทุนการลาออกเพิ่มขึ้น (increased turnover cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกและฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังคงมีต้นทุนแฝง (implicit costs) เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่เหลืออยู่ในหน่วยงานลดลง แต่ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลดีขึ้น ทั้งนี้แนวทางการแก้ไขปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลในระบบสุขภาพให้มากขึ้นประกอบด้วย มาตรการแก้ไขปัญหาระยะสั้น เช่น การพัฒนาตำแหน่งที่มีคุณค่า (decent job) และระบบการจ้างงานพยาบาลอาวุโสที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ โดยเพิ่มตำแหน่งผู้จัดการคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ประสานคุณภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (case manager) และระบบการจ้างงานแบบบางเวลา (part time) เป็นต้น นอกจากนี้ มาตรการแก้ไขปัญหาระยะยาวเพื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลในระบบสุขภาพ ได้แก่ การผลักดันการผลิตพยาบาลเพิ่ม ทั้งหลักสูตรพยาบาลปกติ 4 ปี และ 2.5 ปี เป็นต้น การเพิ่มประสิทธิภาพการกระจาย เช่น บริหารจัดการประสิทธิภาพการโยกย้ายหรือหมุนเวียนงาน (job rotation) เป็นต้น (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568) นอกจากนี้ การจัดรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลที่หลากหลายอาจช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ เช่น การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยเฉพาะการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ยังสามารถลดระยะเวลาในการส่งเวร เหลือเพียง 1 ครั้งต่อวัน ทำให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเหลือเพียง 1 ครั้งต่อวันเช่นกัน อาจทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีเวลาในการพักผ่อนหรือวันหยุด ตลอดจนความปลอดภัยในการเดินทางไปทำงานเพิ่มมากขึ้น (ดารณี พิพัฒนกุลชัย, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, ราตรี ฉิมฉลอง, และจันทนา นามเทพ, 2564) อย่างไรก็ตาม การปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าเป็นแนวทางที่แก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ หรืออาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงมากกว่า ประเด็นการจัดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่าง 8 ชั่วโมง กับ 12 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ พร้อมแนวทางการแก้ไข รวมถึงมุมมองเกี่ยวกับการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และ 12 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้บริหารนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการอัตรากำลังทางการพยาบาลต่อไป

ประเภทการลาออกของพยาบาล

การลาออกของพยาบาล (nurse turnover) ในประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ ได้ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. การลาออกของพยาบาลด้วยความสมัครใจ (voluntary turnover) หมายถึง การที่พยาบาลตัดสินใจลาออกจากงานด้วยความตั้งใจของตนเอง โดยไม่ได้ถูกบังคับหรือเป็นนโยบายจากองค์กร ซึ่งการลาออกของพยาบาลประเภทนี้อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล

เช่น การลาออกเพื่อไปทำงานที่อื่นเนื่องจากความพึงพอใจในงานต่ำหรือค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน การเปลี่ยนสายงาน โอกาสก้าวหน้า การศึกษาต่อ สมดุลชีวิตและการทำงาน (work-life balance) หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การแต่งงาน การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร เป็นต้น

2. การลาออกของพยาบาลด้วยความไม่สมัครใจ (involuntary turnover) หมายถึง การที่พยาบาลลาออกจากงานโดยไม่ได้เกิดจากความสมัครใจของตนเอง แต่เป็นผลจากการตัดสินใจขององค์กร เช่น การเลิกจ้าง การไม่ต่อสัญญา การให้ออกจากงาน การปลดออกหรือการเกษียณอายุงาน เป็นต้น

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพของประเทศไทย สามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล โดยสาเหตุที่สำคัญ คือ ภาระงานมาก และค่าตอบแทนน้อย การทำงานเวรกลางคืนอย่างต่อเนื่อง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านความไม่สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (work-life imbalance) (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568)

2. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจในการลาออก การคงอยู่ (retention) และความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล โดยหากพยาบาลได้รับการสนับสนุนด้านชั่วโมงการทำงาน ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่าง ๆ ที่เหมาะสมจากองค์กรจะทำให้เพิ่มการคงอยู่ในงานของพยาบาลได้

3. ปัจจัยระดับระบบสุขภาพ ได้แก่ การโยกย้ายของพยาบาลในภาครัฐไปทำงานในภาคเอกชนหรือต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุของการโยกย้ายงานได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีกว่า ภาระงานกับค่าตอบแทนสมเหตุสมผล สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และงบประมาณและนโยบายของรัฐที่ทำให้จ้างพยาบาลอย่างจำกัด จึงไม่สามารถบรรจุพยาบาลตามจำนวนที่ต้องการ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบของรัฐขาดความมั่นใจในอาชีพ ส่งผลให้พยาบาลในระบบของรัฐโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ลาออกมากขึ้น

ผลกระทบของการลาออกของพยาบาล

ผลกระทบของการลาออกของพยาบาล ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ๆ ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย จำนวนพยาบาลที่ลาออกเพิ่มมากขึ้นทำให้ความต้องการพยาบาลในระบบมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลที่คงอยู่ในระบบต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือเกิดความผิดพลาดในการบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น อาจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Gyeltshen et al., 2023)

2. ผลกระทบต่อพยาบาล การลาออกของพยาบาลในระบบที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้จำนวนพยาบาลที่คงอยู่ในระบบลดลงและต้องรับภาระงานเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลานานติดต่อกัน ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย (Peršolja, 2023) ประกอบด้วย ความอ่อนล้าที่สะสมเป็นเวลานาน เนื่องจากการนอนหลับไม่เพียงพอ โดยการทำงานเวรกลางคืนทำให้รบกวนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและพฤติกรรม

(neuro-behavioral) เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียดตามมา เช่น ความสม่ำเสมอของรอบประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้สมรรถนะด้านร่างกาย ความตื่นตัว สติสัมปชัญญะลดลง แต่ความอ่อนล้าและความเครียดสะสมจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ส่งผลต่อจิตใจ (psychomotor performance) เกิดภาวะเครียดสะสมเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าด้านอารมณ์ (emotional exhaustion) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะการแยกตัวจากตัวเอง (depersonalization) เพิ่มมากขึ้น และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Alreshidi & Rayani, 2023; Peršolja, 2023)

3. ผลกระทบต่อองค์กร เมื่อจำนวนพยาบาลคงอยู่ในระบบลดลง ไม่สัมพันธ์กับความต้องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องสรรหาพยาบาลเพื่อมาทดแทนพยาบาลที่ลาออก ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าล่วงเวลา (over time) ในระหว่างรอพยาบาลใหม่เข้ามาทำงาน โดยต้นทุนการลาออกของพยาบาล 1 คน สูงถึง 1.2–1.3 เท่า ของเงินเดือนประจำปี

4. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การลาออกของพยาบาลในระบบสุขภาพ จากปัญหาภาระงานที่หนักและค่าตอบแทนน้อย ทำให้พยาบาลลาออกจากโรงพยาบาลรัฐสู่โรงพยาบาลเอกชนหรือต่างประเทศ ทำให้ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับการขาดแคลนพยาบาล การแก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลอาจไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ซึ่งทำให้ระบบสุขภาพเกิดความไม่มั่นคงในระยะยาวและอาจล้มเป็นโดมิโนในอนาคตได้

แนวทางการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหามาตรการเพื่อแก้ไขความท้าทายจากการขาดแคลนพยาบาล ดังนี้ (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568)

1. การเพิ่มโควตาการผลิตพยาบาล มีการเพิ่มจำนวนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรปกติ 4 ปี ในสถาบันการศึกษาต่างๆ เช่น โครงการ 9 หมอ ของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีแผนผลิตบุคลากรสาธารณสุข 9 วิชาชีพ จำนวน 62,000 คน ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2568–2577) โดยหนึ่งในเป้าหมาย คือ การเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดภาวะขาดแคลนและรองรับระบบสุขภาพปฐมภูมิ 9,820 แห่งทั่วประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผลิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 2.5 ปี สำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาอื่นมาแล้ว โดยให้นักศึกษาพยาบาลมีระยะเวลาเรียนสั้นลงและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเร็วขึ้น เพื่อให้ทันต่อการแก้ไขปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาล

2. การบรรจุพยาบาลเข้าสู่ตำแหน่งข้าราชการเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มตำแหน่งที่มีคุณค่า โดยให้มีระบบการจ้างงานพยาบาลอาวุโสที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังคงมีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้แก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระยะสั้นได้ และช่วยลดภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

3. การปรับเปลี่ยนสวัสดิการ ค่าตอบแทน และส่งเสริมระบบการจ้างงานแบบบางเวลา (part time) ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้กับพยาบาลและเพิ่มการคงอยู่ของพยาบาลในระบบมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่ออกจากงานแต่ยังสามารถเลือกเวลาที่สะดวกกลับเข้ามาทำงานได้ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ชั่วคราว

4. การปรับรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาล จาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เพื่อให้ลดจำนวนพยาบาลใน 24 ชั่วโมง ทำให้ลดระยะเวลาการส่งเวร อาจทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Dall'Ora, Griffiths, Emmanuel, Rafferty, & Ewings, 2020) โดยแนวคิดนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและพยาบาลมากขึ้น

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล

หัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาล คือ การทำงานเป็นเวร เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาวะของพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันมี 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยข้อดี คือ ความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลง เนื่องจากชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลไม่นาน ทำให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ลดความอ่อนล้า ส่งผลให้เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น (Bell, Sprajcer, Flenady, & Sahay, 2023) อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง แม้ว่าอาจช่วยลดความอ่อนล้าได้ แต่ก็มีข้อกังวลเกี่ยวกับการส่งมอบงาน (handover) ที่เกิดบ่อยขึ้น และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่อาจลดลง การเปลี่ยนผ่านการดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้งมากขึ้น ส่งผลให้สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานลดลง (decreased work-life balance) และภาวะหมดไฟมากขึ้น (Martinez & Tapia, 2024)

2. การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง เป็นที่ถกเถียงกันว่าการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนานอาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

2.1 ข้อดีของการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีดังนี้

2.1.1 เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ช่วยลดความผิดพลาดขณะส่งเวร เพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มักเกิดในช่วงระหว่างการส่งเวร หากลดจำนวนครั้งของการส่งเวรภายใน 24 ชั่วโมง อาจช่วยลดโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหายหรือสื่อสารผิดพลาด นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง อาจช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) ได้ (Dall'Ora et al., 2020; Martinez & Tapia, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง เนื่องจากพยาบาลมีการวางแผนล่วงหน้าและมีระยะเวลานานพอในการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าการทำงานล่วงเวลาแบบไม่ได้วางแผน (Bell et al., 2023)

2.1.2 เพิ่มระยะเวลาการพักผ่อนสำหรับพยาบาล จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง มีระยะเวลาการนอนหลับรวมน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง โดยร้อยละ 10 ของพยาบาล บ่งชี้ว่าการนอนหลับมีการถูกรบกวนเป็นช่วง ๆ (fragmented) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และมีความอ่อนล้าสูงกว่าทั้งในเวรกลางวันและเวรกลางคืน กล่าวคือ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง ต้องมีการหมุนเวียนการทำงาน 3 เวร (เช้า-บ่าย-ดึก) โดยได้หยุดเพียง 1 วัน ก่อนกลับมาทำงานต่ออีก 2 วัน ในขณะที่รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง จะมีการหมุนเวียนการทำงานเพียง 2 เวร (กลางวัน-กลางคืน) จากนั้นหยุด 2 วัน แล้วกลับมาทำงานเวรกลางคืนอีกครั้ง ก่อนจะหยุด

อีก 2 วัน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีระยะเวลาพักฟื้นมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง (Zhang, Dai, Jiao, & Lee, 2023)

2.2 ข้อเสียของการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีดังนี้

2.2.1 เพิ่มความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง เพิ่มความอ่อนล้าให้กับพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานพิเศษที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เช่น ห้องผ่าตัด หรือห้องผู้ป่วยวิกฤต หากต้องดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลา 12 ชั่วโมง กลับเพิ่มความอ่อนล้า ทำให้พยาบาลลาป่วยเพิ่มมากขึ้น (Dall'Ora et al., 2020) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลลดลง และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Dall'Ora et al., 2020; Martinez & Tapia, 2024)

2.2.2 สมรรถนะการรู้คิด (cognitive function) ของพยาบาลลดลง จากการศึกษาพบว่า เมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 8 ชั่วโมง และ 10 ชั่วโมง จะมีระดับการรู้คิดเทียบเท่ากับบุคคลที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration [BAC]) ที่ .05% และ .08% ตามลำดับ (Gyeltshen et al., 2023)

2.2.3 การละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (Dall'Ora et al., 2020)

2.2.4 โอกาสการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง และการทับซ้อนของชั่วโมงเป็นเวลานาน ทำให้พยาบาลมีการทบทวนความรู้หรือศึกษาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Dall'Ora et al., 2020)

การกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาล

การกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกษียณการทำงาน การลาออก หรือสัดส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในความดูแลเกินอัตราที่กำหนด การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลชั่วคราว เช่น การให้พยาบาลปฏิบัติงานล่วงหน้าเพิ่มเติมจากเวลาปฏิบัติงานปกติ หรือการปรับชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เป็นต้น (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) สำหรับประเทศไทย รูปแบบการกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือทุติยภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงานจึงใช้แบบออกเป็นเวร (shift) ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 เวรต่อวัน คือ เช้า บ่าย และดึก เวรละ 8 ชั่วโมง (ดารณี พิพัฒนกุลชัย และคณะ, 2564) โดยปกติพยาบาลจะต้องขึ้นเวรประมาณ 32 เวรต่อเดือน หรือ 8 เวรต่อสัปดาห์ หรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (การปฏิบัติงานเฉลี่ยของราชการปกติ คือ 20–22 วัน) แต่เนื่องจากภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลอาจต้องขึ้นเวรควบ 2 เวร คือ 16 ชั่วโมงต่อวัน หากภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในขั้นวิกฤต ชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาลอาจสูงถึง 54 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลที่สูงเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนและความอ่อนล้าในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แต่คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, 2557)

หลักการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล

การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของพยาบาล มีหลักการดังนี้ (ดารณี พิพัฒนกุลชัย และคณะ, 2564;

Zhang et al., 2023)

1. จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลล่วงหน้าประมาณ 6 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลแบบออกเป็นเวร (shift) ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 เวรต่อวัน คือ เช้า บ่าย และดึก เวรละ 8 ชั่วโมง ต่อเนื่องเพื่อให้มีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยแต่ละหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้จัดตารางปฏิบัติการพยาบาล จะต้องทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนและตัดสินใจในการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ โดยผู้จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลจะต้องเป็นกลางและไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย และต้องพยายามแก้ไขความขัดแย้งเกี่ยวกับการมอบหมายตารางปฏิบัติการพยาบาลผ่านการหาฉันทามติ จึงทำให้ตารางปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวันมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ เป้าหมายคือ การสร้างสมดุลระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรรายบุคคลและการลดต้นทุนด้านกำลังคน

2. จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลโดยมีวันหยุดอย่างน้อย 3 วัน ระหว่างการเปลี่ยนเวรการทำงาน หากจัดวันหยุดน้อยกว่านี้จะทำให้ระยะเวลาการนอนหลับรวมสั้นลงและเพิ่มความอ่อนล้าของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการนอนหลับ และนำมาพิจารณาในการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารในการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล

ผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Peršolja, 2023)

1. ผู้บริหารควรตระหนักและเฝ้าระวังข้อผิดพลาดทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความผิดพลาดทางคลินิก ซึ่งสาเหตุมาจากการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลไม่เหมาะสม เช่น การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลที่ยาวนานต่อเนื่อง ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจตามมา

2. ผู้บริหารควรพิจารณาคุณลักษณะของตารางปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การหมุนเวียนเวร (shift rotations) เวรกลางคืน (night shifts) การกลับมาทำงานอย่างรวดเร็ว (quick returns) การเปลี่ยนแปลงตารางปฏิบัติการพยาบาล (roster changes) การทำงานล่วงเวลา (overtime) ความยาวของเวร (length of shift) รูปแบบเวลาการทำงานที่แตกต่างกัน (differing work schedules) การจัดรูปแบบงาน (work arrangements) และรูปแบบของตารางปฏิบัติการพยาบาล (roster patterns) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถรบกวนนาฬิกาชีวิต 24 ชั่วโมง ตามธรรมชาติของร่างกาย (circadian rhythm) ทำให้พยาบาลเกิดผลกระทบด้านร่างกายและส่งผลให้เกิดโรคตามมา

3. ผู้บริหารควรตระหนักเกี่ยวกับระยะเวลาขั้นต่ำระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาล จำนวนวันหยุดขั้นต่ำต่อสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงการทำงานสูงสุดต่อสัปดาห์ที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยตารางปฏิบัติการพยาบาลที่ยาวนานเกินกฎหมายกำหนดเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลเกิดความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. ผู้บริหารควรจัดให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดตารางปฏิบัติการพยาบาล การมีเวลาพัก และการมีทางเลือกเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างฉันทามติ อย่างไรก็ตาม การให้สิทธิในการเลือกตารางปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงความเป็นอิสระในการทำงาน (workplace autonomy) อาจเป็นประเด็นที่ท้าทายและอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแผนตารางปฏิบัติการพยาบาลบ่อยครั้งสำหรับพยาบาล

สรุป

การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับจำนวนและประเภทผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล การที่แต่ละโรงพยาบาลจะกำหนดว่าพยาบาลควรมีการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงควรมีการผสมผสานระบบและพัฒนาการส่งเวรที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับพยาบาล เพื่อลดจำนวนการลาออกของพยาบาลที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหากำลังคนทางการพยาบาล การจัดเวรพยาบาลรูปแบบเวร 12 ชั่วโมง*. สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2026/02/4.1.1-Nurse-Shifts-V4.pdf

จารีศรี กุลศิริปัญโญ, และโชติกา จันทร์หนองแวง. (2568). ทางเลือก ทางรอด : การผลิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (2.5 ปี) เพื่อการบริการด้านสุขภาพในยุคขาดแคลนพยาบาล. *วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ*, *16*(1), 112–123.

ดารณี พิพัฒนกุลชัย, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, ราตรี ฉิมฉลอง, และจันทนา นามเทพ. (2564). การศึกษาลักษณะครอนอไทป์ และความต้องการรูปแบบการจัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารสภาการพยาบาล*, *36*(4), 131–145.

ทีปกร จิร์ฐิติกุลชัย. (2563). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *14*(3), 243–273.

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์การในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร*, *41*(4), 58–69.

วิภาดา คุณาวิกติกุล, และชมพูนุท สิงห์มณี. (2568). ต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย: บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การจัดการ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *52*(4), 308–318.

อัญชลี แสงชาญชัย. (2567). การขาดแคลนพยาบาล : ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ*, *2*(2), 26–36.

Alreshidi, S. M., & Rayani, A. M. (2023). The correlation between night shift work schedules, sleep quality, and depression symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *19*, 1565–1571. doi:10.2147/NDT.S421092

Bell, T., Sprajcer, M., Flenady, T., & Sahay, A. (2023). Fatigue in nurses and medication administration errors: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(17–18), 5445–5460. doi:10.1111/jocn.16620

Dall'Ora, C., Griffiths, P., Emmanuel, T., Rafferty, A. M., & Ewings, S. (2020). 12-hr shifts in nursing: Do they remove unproductive time and information loss or do they reduce education and discussion opportunities for nurses? A cross-sectional study in 12 European countries. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(1–2), 53–59. doi:10.1111/jocn.14977

Gyeltshen, D., Gyaltshen, K., Dorji, N., Yangdon, K., Wangchuk, N., & Drakpa, L. (2023). Nurses' napping practices and their effects on sleepiness, fatigue, well-being, and quality of nursing care. *Nursing Practice Today*, *10*(2), 138–146. doi:10.18502/npt.v10i2.12834

Martinez, J. T., & Tapia, J. (2024). Exploring the impact of shift duration on nurses' perceived stress and quality of working hours: A comparative study of 8-hour versus 12-hour shifts. *International Journal of Research and Innovation in Applied Science*, *9*(12), 254–272. doi:10.51584/IJRIAS.2024.912025

Peršolja, M. (2023). Effects of nurses' schedule characteristics on fatigue: An integrative review. *Nursing Management*, *54*(4), 28–37. doi:10.1097/01.NUMA.0000921904.11222.11

Zhang, X., Dai, X., Jiao, J., & Lee, S. Y. (2023). Impact of sleep-wake features on fatigue among female shift work nurses. *Annals of Medicine*, *55*(1), 2210843. doi:10.1080/07853890.2023.2210843

“จะได้กลับบ้านไหม”: คำถามที่รอคำตอบ
“Will I Be Able to Return Home?”: A Question Still Awaiting an Answer

เบญจรัตน์ เรืองศิริ [1]
Benjarat Ruengsiri [1]

Received: May 9, 2026 Revised: June 8, 2026 Accepted: June 13, 2026

เราทุกคนต่างก็มีสถานที่ที่อยากจะกลับไปในวันที่รู้สึกเหนื่อยล้าที่สุด เราเรียกสถานที่นั้นว่า “บ้าน” แต่สำหรับผู้ป่วยบางคน การกลับบ้านนั้นอาจเป็นความหวังสุดท้ายในชีวิตที่ไม่อาจเป็นจริง เรื่องราวที่เราจะเล่าต่อไปนี้เป็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับแผนการรักษาแบบประคับประคอง ใน 2 สัปดาห์สุดท้ายของการฝึกปฏิบัติงาน ของนักศึกษาพยาบาลปี 2 เทอม 3 วันนั้นเป็นวันที่เราขึ้นไปดู assignments และเลือกผู้ป่วยที่เราจะดูแล เราสังเกตเห็นผู้ป่วยเตียงที่อยู่ริมหน้าต่าง เป็นหญิงชรารูปร่างผอมมาก ดูอ่อนเพลีย ใส่สายออกซิเจน ปลายเตียงนั้นมีเครื่องมอนิเตอร์สัญญาณชีพพร้อมสายระโยงระยาง ผู้ป่วยนอนนิ่งสงบ มีชายวัยใกล้เคียงกันนั่งอยู่ข้างเตียง กุมมือผู้ป่วยไว้ตลอด ไม่รู้ว่ามีอะไรมาดลใจในตอนนั้น เราเลือกผู้ป่วยเตียงนี้ในทันที เราเข้าไปขออนุญาตซักประวัติของผู้ป่วยจากญาติ ญาติไม่ได้บอกตรง ๆ ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร บอกเพียงอาการต่าง ๆ ระหว่างที่ซักประวัติ ผู้ป่วยหันมาพูดกับเราว่า “กลับบ้านได้ไหม” ยอมรับเลยว่าตอนนั้นเราก็ไม่รู้จะตอบยังไง เรายังไม่ได้ดู chart ไม่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรหรือเป็นหนักแค่ไหน ญาติตอบคำถามกับผู้ป่วยแทนว่า “เดี๋ยวรอเจอหมอก่อนนะ หมอเขาจะบอกว่าให้กลับเลยไหม” ญาติยิ้มให้ผู้ป่วยและหันกลับมายิ้มให้เรา ในใจเราตอนนั้นก็ยังคิดว่าเขาจะหายกลับบ้านแล้ว คงต้องเปลี่ยน case แน่เลย

เมื่อเราไปดู chart ก็พบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารระยะสุดท้ายแล้ว มีแผนการรักษาแบบประคับประคอง เราค่อนข้างตกใจเพราะไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคที่รุนแรงขนาดนี้ เรากลับห้องพักไปเขียนรายงานและแผนการพยาบาล เขียนไปก็คิดเรื่องของผู้ป่วยไป มีทั้งความรู้สึกสงสารและสงสัย ความรู้สึกที่รู้ว่าตนเองกำลังจะต้องจากไป เขาและครอบครัวทำใจยอมรับมันได้ยังไง เราเองก็เคยเสียคุณป้าไปจากโรคมะเร็ง เป็นเรื่องที่ทำใจได้ยากมาก ๆ เป็นเราคงยิ้มออกมาไม่ได้ด้วยซ้ำไป เป็นครั้งแรกที่เราเก็บเรื่องราวของผู้ป่วยมานอนคิดอยู่ทั้งคืน เรากลัวเขาจะไปเหมือนป้าเรา เราอยากให้เขาได้กลับบ้านก่อนที่จะไป ไม่เหมือนป้าเราที่ไม่ได้กลับ

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] 2nd-year Nursing Student, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: benjarat0498@gmail.com

ในวันต่อมา เราเดินขึ้นมาบนวอร์ดกับเพื่อนก่อนที่จะเข้าไปในห้องพัก พี่ผู้ช่วยพยาบาลหยุดเราไว้แล้วพูดว่า “น้องใช่ไหมที่ดูแลเตียงนี้ เขาเสียแล้วนะเมื่อคืน” วินาทีนั้นหัวใจเราหล่นวูบลงทันที เหมือนทุกอย่างรอบตัวเงียบไปชั่วขณะ น้ำตาเอ่อขึ้นมาโดยไม่ทันตั้งตัว เราพยายามกลั้นไว้แต่สุดท้ายก็ไหลออกมาอย่างหยุดไม่อยู่ ภาพตอนที่ผู้ป่วยถามเราว่า “จะได้กลับบ้านไหม” ย้อนกลับเข้ามาในหัวอีกครั้ง เรารู้สึกใจหายและทำอะไรไม่ถูก ได้แต่เดินตามเพื่อนเข้าไปในห้องพักด้วยความรู้สึกหนักอึ้ง เพื่อนๆ พยายามเข้ามาปลอบ บอกเราว่าเป็นเรื่องที่ต้องเจอในการขึ้นวอร์ด แต่ตอนนั้นเรายังจมอยู่กับความรู้สึกเสียใจและตกใจ เพราะไม่คิดว่าการจากลาจะเกิดขึ้นเร็วขนาดนี้ ทั้งที่เมื่อวานผู้ป่วยยังพูดคุยกับเราอยู่เลย

ไม่นานหลังจากนั้น เพื่อนอีกคนเดินมาบอกว่าเกิดการสื่อสารผิดพลาด ผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่ใช่เตียงที่เราดูแล แต่เป็นผู้ป่วยเตียงตรงกันข้าม ตอนนั้นเรารู้สึกโล่งใจขึ้นมาชั่วขณะ เหมือนได้ยกก้อนหินหนักๆ ออกจากอก แต่ในขณะเดียวกัน ความรู้สึกเศร้าก็ยังคงอยู่ เพราะสุดท้ายแล้วก็ยังมีผู้ป่วยคนหนึ่งจากไปอยู่ดี เหตุการณ์ครั้งนั้นทำให้เราได้เห็นว่า ความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในโรงพยาบาล และแม้เราจะเป็นเพียงนักศึกษาพยาบาลที่เพิ่งเริ่มฝึกปฏิบัติ แต่การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้พูดคุยและดูแลเขาเพียงช่วงเวลาสั้นๆ ก็ทำให้เกิดความผูกพันมากกว่าที่คิดไว้ เราจึงเข้าใจมากขึ้นว่า การเป็นพยาบาล เราต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง เพราะเราไม่เพียงแต่ต้องดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเรายังต้องดูแลความรู้สึกของญาติและปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้

ในสัปดาห์นั้นเราได้อยู่กับผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลต่างๆ ทุกวัน เราเห็นญาติของผู้ป่วยที่ผลัดกันมาเฝ้าดูแลอยู่ข้างเตียงตลอด บางครั้งก็ช่วยเช็ดหน้า เช็ดตัว และพูดคุยกับผู้ป่วยเบาๆ ภาพนั้นทำให้เรารู้สึกถึงความรักและความผูกพันของครอบครัว แม้ทุกคนอาจรู้ผลการรักษาอยู่แล้ว แต่ก็ยังเลือกอยู่เคียงข้างผู้ป่วยจนถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต สิ่งที่ทุกคนหวังร่วมกันในตอนนี้ คือ อยากให้ผู้ป่วยได้กลับบ้าน แต่ด้วยอาการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปาก หากกลับบ้านไปก็เกรงว่าอาการจะทรุดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อญาติได้คุยกับแพทย์แล้วจึงตกลงกันว่าจะย้ายผู้ป่วยไปที่ตึกชีวภิบาลซึ่งมีความสงบมากกว่า ตอนที่เราได้ยินว่าจะย้ายผู้ป่วย เรารู้สึกใจหายเล็กๆ ทั้งที่ดูแลกันได้ไม่นาน แต่กลับรู้สึกผูกพันอย่างบอกไม่ถูก ทุกครั้งที่เข้าไปทำการพยาบาล ผู้ป่วยมักจะมองหน้าเราแล้วยิ้มบางๆ ถึงแม้สีหน้าจะดูเหนื่อยล้าอยู่ตลอด บางครั้งผู้ป่วยก็ชอบถามว่าเราเป็นนักศึกษาปีไหน เหนื่อยไหม หรือกินข้าวหรือยัง คำถามธรรมดาเหล่านั้นกลับทำให้เรารู้สึกอบอุ่นมาก เพราะแม้ตัวผู้ป่วยเองจะกำลังเผชิญกับความเจ็บป่วย แต่ก็ยังนึกถึงคนรอบข้างอยู่เสมอ มีอยู่ครั้งหนึ่งระหว่างที่เรากำลังช่วยจัดท่าให้ผู้ป่วย เขามองออกไปนอกหน้าต่างอยู่พักหนึ่งก่อนจะพูดเบาๆ ว่า “อยากกลับบ้าน ไม่รู้จะได้กลับบ้านหรือเปล่า” ตอนนั้นเราได้แต่นิ่งไปชั่วครู่ ไม่รู้จะตอบอย่างไรดี เพราะลึกๆ เราก็รู้ว่าการกลับบ้านในความหมายของผู้ป่วย อาจไม่ใช่เรื่องง่ายอีกแล้ว เราเลยได้แต่ตอบไปว่า “เดี๋ยวอาการดีขึ้นก็ได้กลับนะคะ” แม้จะรู้ว่าเป็นคำพูดปลอบใจธรรมดา แต่ตอนนั้นเราก็อยากให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังขึ้นมาบ้าง หลังจากวันนั้นเรากลับมาคิดถึงคำพูดของผู้ป่วยอยู่หลายครั้ง จนเริ่มเข้าใจว่า บางครั้งสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอาจไม่ใช่การรักษาที่ซับซ้อนหรือเครื่องมือทางการแพทย์มากมาย แต่อาจเป็นเพียงการได้กลับไปอยู่ในที่ที่ตัวเองรู้สึกสบายใจที่สุด ได้อยู่กับคนที่รัก หรือได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายอย่างสงบเท่านั้นเอง

ประสบการณ์ครั้งนี้ทำให้เราได้เรียนรู้ว่า การเป็นพยาบาลไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดของชีวิต บางครั้งเราอาจไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายกลับบ้านได้ แต่สิ่งเล็กๆ อย่างการพูดคุย รับฟัง หรือการดูแลด้วยความใส่ใจ ก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยว

ในช่วงเวลาสุดท้าย แม้ช่วงเวลาที่เราได้ดูแลผู้ป่วยคนนี้จะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่กลับเป็นความทรงจำที่ทำให้เราเข้าใจความหมายของคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” มากขึ้น เราได้เห็นทั้งความเข้มแข็งของผู้ป่วย ความรักของครอบครัว และหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องคอยประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยไปพร้อมกัน สุดท้ายแล้วเราเข้าใจว่า ไม่ใช่ทุกคนที่จะมีโอกาสได้กลับบ้านอย่างที่หวัง แต่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต อย่างน้อยผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ได้อยู่ท่ามกลางความรัก ความเข้าใจ และจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเหตุการณ์ครั้งนี้จะเป็นอีกหนึ่งบทเรียนสำคัญที่ทำให้เราเติบโตขึ้นทั้งในฐานะนักศึกษาพยาบาลและในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง