



วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

Nursing, Health and Public Health Journal

NHPHJ

ISSN 2774-082X (online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) 2567

VOL.3 NO.3

SEPTEMBER - DECEMBER
2024



กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก 65000

Email: nhphj@bcnb.ac.th โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ		
ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri, USA	
	2. Dr.Elizabeth A. Anderson	University of Missouri, USA	
ศ.รพญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก	3. ศ.ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	5. รศ.ดร.ชนนิตา วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	
	6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	8. รศ.ดร.ซังคเน็ค แพรขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	9. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	10. ผศ.ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	
	11. ผศ.ดร.เกศกาญจน์ ทั้นประภัสสร	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	12. ผศ.ดร.รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	13. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
บรรณาธิการ ผศ.ดร.อัศนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	14. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	15. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	16. ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อุพินันท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ ผศ.ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ ดร.วิสิฐศรี เพ็งนุ้ม อาจารย์สุรรัตน์ ณ วิเชียร นางสาวสุพัตรา ระภาพล นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	17. ดร.สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	18. ดร.นงลักษณ์ บุญเย้ย	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	19. ดร.นิตยา คำสว่าง	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
	21. ผศ.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
	22. ผศ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิมังษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	23. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
	24. ดร.ปานจันทร์ คนสูง	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	25. ดร.กรวิกา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
	26. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	27. นายจตุพร เสือมี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
		โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานมาครบ 3 ปี โดยฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567 มีบทความวิจัยที่น่าสนใจซึ่งสะท้อนถึงความก้าวหน้าทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ถึง 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งสเลียม จังหวัดสุโขทัย 2) ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 3) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก 4) ความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย และ 5) ผลของการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล

ดิฉันขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่สนับสนุนวารสารของเราอย่างต่อเนื่อง และเนื่องในโอกาสส่งท้ายปีเก่า 2567 ที่กำลังจะผ่านไป และต้อนรับปีใหม่ 2568 ที่กำลังจะมาถึง ดิฉันในฐานะบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพบูชาอำนวยการให้อ่านทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ คิดหวังสิ่งใดที่พึงปรารถนาขอให้สมความมุ่งมาดปรารถนาทุกประการ

ทางวารสารมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะนำเรียนทุกท่านว่าในปี 2568 ทางวารสารจะเพิ่มจำนวนบทความวิจัยและวิชาการเป็น **10 เรื่องต่อฉบับ** เพื่อเพิ่มความหลากหลายและคุณค่าแก่ท่านผู้อ่าน จึงขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj> สวัสดีปีใหม่ค่ะ!

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย <i>Effective of social support program among uncontrolled diabetic patients, Thungsaliang hospital, Sukhothai province</i> ธัญภรณ์ Wachirarommaneeyakul Tanthaporn Wachirarommaneeyakul	1 - 13
ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง ในสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะตอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก <i>The effect of breast cancer health literacy skills training program on breast self-examination skills in women at risk in Matong subdistrict health promoting hospital Phrom Phiram district, Phitsanulok province</i> กรวัลย์ หาญโนนแดง Korawan Hannondaeng	14 - 26
การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก <i>Development of a program to enhance the self-efficacy for self- management to delay renal impairment in patients chronic kidney disease with fourth stage in Phromphiram hospital</i> กัญญาณัฐ ใจกลาง Gunyanut Chaiklang	27 - 45
ความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย <i>Knowledge and attitudes towards electronic cigarettes among undergraduate students at a university in the lower northern of Thailand</i> พิมพ์ชนก คำชู, บัณฑิตา จารี, เบญญาภา ทังจ้อย, ปราณี คำวงศ์ษา, จิรนนท์ วงศ์ศิลป์, อิสราภรณ์ เหมะภูษิต, เกาชัย มาแต่เต๊ะ, ณัฐสุดา เสี่ยงประโคน, ดวงพร ปิยะคง, ณภัคธชา ผลอนันต์ Phimchanok Khamchu, Buntita Jaree, Benyapa Thangjoi, Pranee Khamwongsa, Jeeranun Wongsin, Issarapon Hemapusit, Kausar Mataetea, Nutsuda Siangprakon, Duangporn Piyakong, Naphaklacha Pholanun	46 - 54
ผลของการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล <i>Effect of guidelines early warning signs on access medical treatment in patients' sepsis at prehospital</i> เบญจมาศ ปิงเมือง, วิปศยา คุ่มสุพรรณ Benjamas Pingmaung, Wipatsaya Koomsuphan	55 - 66

ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
Effective of social support program among uncontrolled diabetic patients,
Thungsaliem hospital, Sukhothai province

ธัญภรณ์ วชิรรมณีกุล

Tanthaporn Wachirarommaneeyakul

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

Out Patient Department Thungsaliem Hospital, Sukhothai Province

ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: tanthaporn@gmail.com

(Received: June 19, 2024; Revised: July 9, 2024; Accepted: July 24, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ ติดตามและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ช เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ paired simple t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานให้บริการทางสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a two-group posttest-only design, aimed to examine the effectiveness of a social support program on health behavior and hemoglobin A1C among uncontrolled diabetic patients at Thungsaliang Hospital in Sukhothai Province. The sample comprised 70 patients divided into an experimental and a control group, with 35 patients in each group based on the inclusion criteria. The experimental group participated in the social support program for 12 weeks, which included four activities: emotional support, informational support, instrumental support, and appraisal support, while the control group received routine care and was followed up and evaluated after 12 weeks. The data collection instrument was a health behavior questionnaire for diabetic patients with a content validity index of 0.87 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.93. The data was analyzed using paired Sample t-test and independent t-test statistics.

The results indicated that the experimental group exhibited significantly improved health behaviors compared to both their baseline measurements and the control group, with a statistically significant difference ($p < .01$). Moreover, the experimental group showed a statistically significant reduction in average hemoglobin A1C levels compared to their baseline and the control group ($p < .01$).

Recommendation: The social support program for uncontrolled diabetic patients should be expanded to healthcare facilities in various areas in the future.

Keywords: health behaviors, social support program, uncontrolled diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ โดยสมาคมโรคเบาหวานนานาชาติ (IDF) ระบุว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคนทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา (World Health Organization, 2023) ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 38.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.6 ของประชากรสหรัฐอเมริกา) ได้รับการวินิจฉัยแล้ว 29.7 ล้านคน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 8.7 ล้านคน (ร้อยละ 22.8) (Center for disease control and prevention, 2023) ความชุกของเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน (ร้อยละ 4.7) ในปี 1980 เป็น 425 ล้านคน (ร้อยละ 8.5) ในปี 2017 และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนเป็น 629 ล้านคนภายในปี 2045 (Glovaci, Fan & Wong, 2019) ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นมากในทุกประเทศทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อผู้คนในทุกประเทศ ทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ องค์การอนามัยโลกร่วมกับทุกประเทศทั่วโลก มีเป้าหมายร่วมกันในการหยุดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคอ้วนภายในปี 2025 (World Health Organization, 2023) ปี 2019 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 และส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลก 460 ล้านคน โรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลทำให้เกิดภาระต่อระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึง 966 พันล้านดอลลาร์สหรัฐทั่วโลก และคาดว่าจะมีมูลค่ามากกว่า 1,054 พันล้านดอลลาร์ภายในปี 2045 (International Diabetes Federation, 2021) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นำไปสู่ความเสียหายต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักเกิดในผู้ใหญ่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายต้านทานต่ออินซูลินหรือผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี 2000 ถึง 2019 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานตามอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 และผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคน ที่มีสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวานในแต่ละปี

อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2566 เท่ากับร้อยละ 6.36, 6.67, 7.01, 7.34 และ 7.70 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับร้อยละ 7.26, 7.59, 8.06, 8.46 และ 8.96 ตามลำดับ จังหวัดสุโขทัย เท่ากับร้อยละ 8.40, 8.61, 8.94, 9.21 และ 9.56 ตามลำดับ อำเภอทุ่งเสลี่ยมเท่ากับ 8.37, 8.47, 8.67, 9.16 และ 10.9 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานของอำเภอทุ่งเสลี่ยมและจังหวัดสุโขทัยสูงกว่าเขตสุขภาพที่ 2 และสูงกว่าระดับประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นสถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ระหว่างปี 2562 – 2566 เท่ากับ 2,958, 2,959, 3,084, 3,155 และ 3,271 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมาที่รับบริการรักษาตามนัดเท่ากับร้อยละ 86.17, 89.29, 85.70, 91.35 และ 93.79 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ขาดการรับบริการรักษาตามนัดเท่ากับร้อยละ 13.83, 10.71, 14.30, 8.65 และ 6.21 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เท่ากับร้อยละ 64.33, 63.16, 63.68, 63.20 และ 52.81 ตามลำดับจากข้อมูลดังกล่าวมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขาดการรับบริการรักษาตามนัดมีแนวโน้มลดลง แต่มีจำนวน 203 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่อยู่ในระดับสูง จากการศึกษาสำรวจของผู้วิจัยโดยการรวบรวมข้อมูลสาเหตุที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดการรับบริการรักษาตามนัดพบว่า มีสาเหตุที่สำคัญได้แก่ บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ส่งผลทำให้เดินทางไม่สะดวก กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการไม่มีผู้ดูแล ไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รักษาโดยการควบคุมอาหารคิดว่าตนเองหายจากโรคแล้ว ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง รับประทานยาไม่ถูกต้อง บางรายพบว่ายายังเหลืออยู่จึงไม่มารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยบางรายมาไม่ตรงนัดของคลินิกโรคเบาหวาน แต่มาตรวจรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือมารับการนอกเวลาราชการ เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยโดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และการถูกตัดเท้าหรือขา เป็นต้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่พบสาเหตุที่สำคัญคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความตระหนักต่อผลกระทบของโรค ความเคยชินกับการใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเดิมของตนเอง แม้ผู้ป่วยจะมารับการรักษาตามนัด และใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ภาวะเลือดเป็นกรด หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น ไตวายระยะสุดท้าย เบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกิดแผลเรื้อรังบริเวณส่วนปลาย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมาก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1985) มีผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการแยกประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเฮ้าส์เป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การซักถาม การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ 3) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือเช่น แรงงาน เงิน เวลา และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี การวิจัยของ สุธิพร หรพผลิต, นิจฉรา ทูลธรรม และเสถียรพงษ์ ศิวินา (2562) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงภายหลังการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนทรา พรายงาม, ฉันทนา จันทวงศ์ และ เพียงใจ สัตยุตม์ (2565) ที่ทำการศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการวิจัยพบว่าผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ มีการศึกษาการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ของ โสภณ จันทะโคตร (2566) ผลการวิจัยพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ผลดีและช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าเดิมและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับมีความครอบคลุมทุกมิติ จึงส่งผลให้ผลที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบว่ายังไม่มีการนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมแต่อย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำวิจัยเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

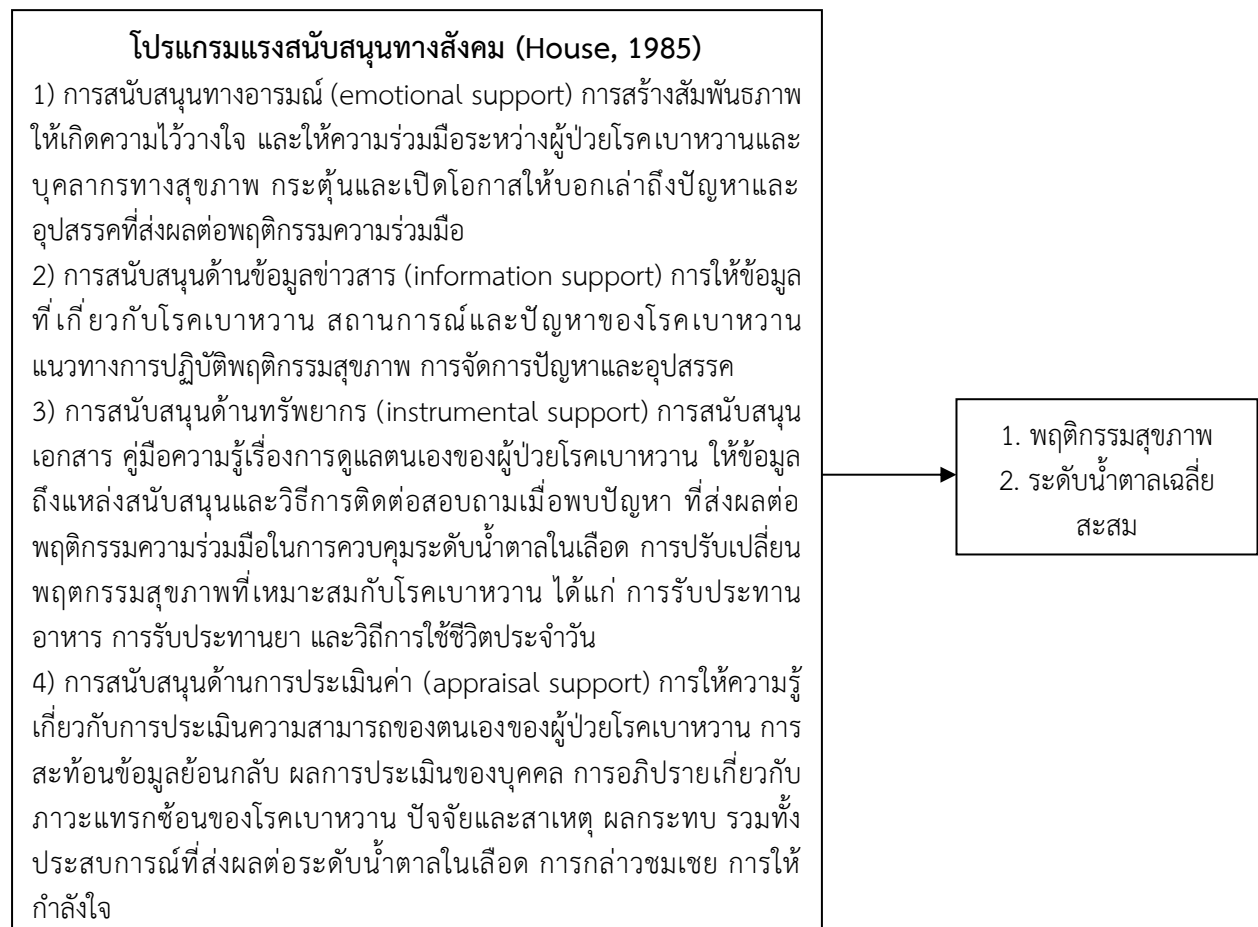
สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงมากกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups, pretest-posttest design) ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2567 (ระยะเวลา 12 สัปดาห์)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,721 คน ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง

หาขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดอำนาจทำนาย (Power Analysis) ที่ 0.95 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และ ขนาดอิทธิพล 0.80 (Effect size = 0.80, Power = 0.95) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละจำนวน 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Tunsuchart et al., 2020)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลการตรวจ HbA1C > 7
2. อายุ 40 ปีขึ้นไป เพศชายหรือเพศหญิง
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้
4. สนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก

1. เกิดการเจ็บป่วยหรือมีเหตุที่ไม่คาดคิดอันส่งผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เกณฑ์การยุติการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัว ไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีเหตุสุดวิสัยจนไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ เช่น เกิดภัยพิบัติ เกิดอุบัติเหตุทางธรรมชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัวอื่น ๆ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้จ่าย และด้านวิถีชีวิตประจำวัน ด้านละ 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเป็นคำถามปลายเปิดมีเนื้อหาข้อความเชิงบวกและเชิงลบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ

การให้คะแนน	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
1 = ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน
2 = ปฏิบัติ 1-2 วัน	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
3 = ปฏิบัติ 3 วัน	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
4 = ปฏิบัติ 4-5 วัน	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
5 = ปฏิบัติ 6-7 วัน	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 พฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำกว่าร้อยละ 60

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม (House, 1985) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.87 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try-Out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่

โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (conbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยจึงทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13 กุมภาพันธ์ – 7 พฤษภาคม 2567 (ระยะเวลา 12 สัปดาห์)

1. ขั้นตอนการก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการดำเนินงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย โดยทบทวนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระบาดวิทยา สถานการณ์ของโรคเบาหวาน ในประเทศไทยและจังหวัดสุโขทัย

1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้คุณสมบัติตรงตามที่กำหนด โดยประสานงานผ่านการติดต่อพยาบาลวิชาชีพ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม เพื่อเตรียมกลุ่มตัวอย่างมาสอบถามและนัดหมายเข้าร่วมกลุ่มทดลองด้วยความสมัครใจ และนัดหมายพร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลารวบรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 เดือน

1.3 จัดทำแผนการดำเนินการวิจัย การให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและ ระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกก่อนดำเนินการทดลอง โดยอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ก่อนอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบข้อตกลงและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจากแฟ้มเวชระเบียนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (ใช้ระยะเวลา 30 นาที) และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของการทดลองจำนวน 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นการดำเนินการโปรแกรมวันแรกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมที่จะสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจ และให้กลุ่มทดลองแต่ละคนได้แนะนำตัวเองเพื่อทำความรู้จักกัน เปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกถึงความคิดและอารมณ์ตลอดจนทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในช่วงที่ผ่านมา ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ รับฟังปัญหา อุปสรรคและเรื่องไม่สบายใจของกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการประคับประคอง ด้านอารมณ์ กล่าวชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกและอารมณ์ที่ดีขึ้น การแสดงถึงความห่วงใย ความไว้วางใจต่อกันภายใน

กลุ่มทดลอง กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ ร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาจากตนเอง และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง (ใช้ระยะเวลา 60 นาที)

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ผู้วิจัยให้ข้อมูล สถานการณ์ของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง การควบคุมภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้กลุ่มทดลอง สามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้กลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวาน หลังจากดู วีดิทัศน์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ช่วยกันเสนอทางเลือกหรือวิธีการ ป้องกัน การชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ด้วยตนเอง และให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่เคยป้องกัน ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค ที่ผ่านมามาในอดีตของ แต่ละคน (ใช้ระยะเวลา 60 นาที)

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) ผู้วิจัยให้ข้อมูลการ สนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ การเข้ารับการรักษาพยาบาลตามนัดของโรงพยาบาล การตรวจวัดระดับน้ำตาล ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ในกรณีที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจติดตาม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เอกสารความรู้เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง การให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ ช่องทางการติดต่อกับคลินิก โรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อเพื่อสอบถามเมื่อพบปัญหา ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมความ ร่วมมือในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา และวิถีชีวิตประจำวัน (ใช้ ระยะเวลา 60 นาที)

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลใน เลือดของตนเอง การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่น ๆ ที่ไม่ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกมั่นใจในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป ก่อนกลับไป ปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลอง เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษา และลดความเครียดตลอดการทดลอง จัดทำไลน์กลุ่ม “เบาหวานทุ่งเสลี่ยม” เพื่อใช้ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง ตลอดจนการให้ความรู้ผ่าน กลุ่มไลน์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ใช้ระยะเวลา 60 นาที)

สัปดาห์ที่ 2-12 กิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมผ่านไลน์กลุ่ม “เบาหวานทุ่งเสลี่ยม” โดยการ สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง ตลอดจนการให้ความรู้ผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกัน ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัย จะดำเนินการส่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในทุกสัปดาห์ ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 – 11 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 เรื่อง/ประเด็นและให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหา ให้กำลังใจ และชื่นชมยินดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ใช้ระยะเวลา 60 นาที/สัปดาห์)

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จากแฟ้มเวชระเบียนของกลุ่มควบคุม และให้การพยาบาลตามปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1)

ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สถานการณ์โรคเบาหวาน ในประเทศไทย และจังหวัดสุโขทัย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พร้อมทั้งให้กลุ่มควบคุมได้พูดคุยถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในการป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ด้วยตนเองและให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสมและกล่าวชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง หลังจากนั้นนัดหมายในการพบกันในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (กิจกรรมครั้งที่ 2) หลังสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย และบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัย COA No.184/2023 IRB No.17/2024 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.46 ปี (S.D. = 9.21) และ 54.69 ปี (S.D. = 10.55) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,948.57 บาท (S.D. = 7,157.81) และ 5,842.86 บาท (S.D. = 7,157.81) ตามลำดับ เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.90 และ 71.40 ตามลำดับ สถานภาพ ส่วนใหญ่ คู่ ร้อยละ 80.00 และ 74.30 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนใหญ่ เกษตรกร ร้อยละ 71.40 และ 45.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 77.10 และ 68.60 ตามลำดับ โรคร่วม ส่วนใหญ่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.70 และ 40.00 ตามลำดับ การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.90 และ 77.10 ตามลำดับ การดื่มสุรา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 82.90 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลอง					
ภาพรวม ก่อนการทดลอง	111.08	8.49	ปานกลาง	5.55	.01
ภาพรวม หลังการทดลอง	135.26	2.57	ดี		
ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนการทดลอง	36.60	3.00	ปานกลาง	-14.85	.01
ด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลอง	43.00	1.16	ดี		
ด้านการใช้ยา ก่อนการทดลอง	39.25	3.47	ปานกลาง	-12.41	.01
ด้านการใช้ยา หลังการทดลอง	46.43	1.04	ดี		
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน ก่อนการทดลอง	37.83	3.29	ปานกลาง	-16.80	.01

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม สุขภาพ	t	p-value
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน หลังการทดลอง	45.88	.96	ดี		
พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง					
ภาพรวม กลุ่มทดลอง	111.08	8.49	ปานกลาง	-.27	.78
ภาพรวม กลุ่มควบคุม	111.67	8.82	ปานกลาง		
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลอง	34.60	3.00	ปานกลาง	-.86	.39
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุม	35.22	3.09	ปานกลาง		
ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลอง	39.26	3.47	ปานกลาง	.84	.40
ด้านการใช้ยา กลุ่มควบคุม	38.60	3.04	ปานกลาง		
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มทดลอง	37.23	2.76	ปานกลาง	-.82	.41
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มควบคุม	37.83	3.29	ปานกลาง		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	135.26	2.57	ดี	12.35	.01
กลุ่มควบคุม	121.60	6.01	ปานกลาง		
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลอง	43.00	1.16	ดี	10.63	.01
ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุม	38.74	2.06	ปานกลาง		
ด้านการใช้ยา กลุ่มทดลอง	46.43	1.04	ดี	10.74	.01
ด้านการใช้ยา กลุ่มควบคุม	42.03	2.19	ปานกลาง		
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มทดลอง	45.89	.96	ดี	11.39	.01
ด้านวิถีชีวิตประจำวัน กลุ่มควบคุม	40.86	2.43	ปานกลาง		
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	8.62	1.68	-	-15.90	.01
หลังการทดลอง	7.12	.65	-		
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระหว่างกลุ่ม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.62	1.68	-	.46	.64
กลุ่มควบคุม	8.45	1.43	-		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.12	.65	-	-4.78	.01
กลุ่มควบคุม	8.36	1.39	-		

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษารั้งนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้ชุดของกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลองและผู้วิจัย การให้กำลังใจ การแสดงความรักความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา อุปสรรคที่ผ่านมาทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกและอารมณ์ที่ดีขึ้น การเปิดโอกาสให้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับกลุ่มทดลอง ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองและแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลสถานการณ์ของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มทดลอง การควบคุมภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้ การให้กลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ช่วยกันเสนอทางเลือกหรือวิธีการป้องกัน การชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานด้วยตนเอง และให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่เคยป้องกัน ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค ที่ผ่านมามาในอดีตของแต่ละคน การสนับสนุนด้านทรัพยากรโดยการให้ข้อมูลการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ การเข้ารับการรักษาพยาบาลตามนัดของโรงพยาบาล การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ในกรณีที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจติดตาม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เอกสารความรู้เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ ช่องทางการติดต่อกับคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสอบถามเมื่อพบปัญหา ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่น ๆ ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกมั่นใจเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย การให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรค เป็นที่ปรึกษาและลดความเครียดตลอดการทดลองจัดทำไลน์กลุ่ม “เบาหวานทุ่งเสลี่ยม” เพื่อใช้ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง ตลอดจนการให้ความรู้ผ่านกลุ่มไลน์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การส่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานในทุกสัปดาห์ ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 -12 สัปดาห์ละ 1 เรื่อง/ประเด็น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงดีกว่าก่อนการทดลองและลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2562) ทำวิจัยเรื่องผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ ดัชนีมวลกาย และรอบเอวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของเปรมฤดี ศรีสังข์ และ นุชวรา ดอนเกิด (2562) ทำวิจัยเรื่องผลของการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากดีกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของสุธิพร หรพลิต, นิฉรญา ทูลธรรม และ เสถียรพงษ์ ศิริวินา (2562) ทำวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาล ในเลือดกลุ่มทดลองมีค่าลดลงหลังการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของโสภณ จันทะโคตร (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองผลต่างคะแนน เฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของ ตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปแล้วโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ดีขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริการ นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้มีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับตนเอง
2. ด้านวิชาการ นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เผยแพร่ในงานศึกษาวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่การ นำองค์ความรู้ไปใช้พัฒนางานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความรู้ และพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมกับตนเอง ต่อไป
3. ด้านนโยบาย นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เสนอต่อหน่วยงานในระดับสูงต่อไป เช่น สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายการปฏิบัติงานโดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีผลการวิจัยที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรม การวิจัยในครั้งนี้ในกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบ ความยั่งยืนของโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ราย อื่น ๆ ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เช่นเดียวกันกับกลุ่ม ทดลอง
2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาล และ บุคลากรสาธารณสุข นำโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการ ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รายอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมที่ เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

เปรมฤดี ศรีสังข์ และ นุชวรา ดอนเกิด. (2562). ผลของการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ.

วารสารทันตภิบาล, 30(2), 105-120.

สุธิพร หรเพิลิด, นิจฉรา พูลธรรม, และ เสถียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(02), 52-67.

สุนทรา พรายงาม, ฉันทนา จันทวงศ์, และ เพียงใจ สัตยุตม์. (2565). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 18-27.

สำรวย กลยณี และ ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. (2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่.

วารสารราชพฤกษ์, 17(2), 95-10.

โสภณ จันทะโคตร. (2566). ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 358-365.

Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, handbook1: Cognitive domain*. New York: David Mckay.

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2019). Global Burden of Disease Study 2019: Results. *Institute for Health Metrics and Evaluation*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Glovaci, D., Fan, W., & Wong, N. D. (2019). Epidemiology of diabetes mellitus and cardiovascular disease. *Current Cardiology Reports*, 21(4). 21. <https://doi.org/10.1007/s11886-019-1107-y>

House, J. S, Landis, K. R. and Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 214 (4865), 540-545.

Tunsuchart, K., Lerttrakarnnon, P., Srithanaviboonchai, K., Likhitsathian, S., & Skulphan, S. (2020). Benefits of brief group cognitive behavioral therapy in reducing diabetes-related distress and HbA1c in uncontrolled Type 2 diabetes mellitus patients in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5564.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17155564>

World Health Organization. (2023). *Diabetes key fact*. <https://www.who.int/news-room>

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

The effect of breast cancer health literacy skills training program on breast
self-examination skills in women at risk in Matong subdistrict health promoting
hospital Phrom Phiram district, Phitsanulok province

กรวัลล์ หาญโนนแดง

Korawan Hannondaeng

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

Matong Subdistrict Health Promoting Hospital, Phrom Phiram Public Health Office, Phitsanuloke

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: korawan.han@gmail.com

(Received: April 25, 2024 ; Revised: June 24, 2024 ; Accepted: July 1, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ Paired t-test และสถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$; $p < 0.05$ ตามลำดับ) และค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$; $p < 0.05$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง สามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้ สามารถนำไปประยุกต์เป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้ มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a health literacy training program on breast self-examination skills among women at risk. The sample consisted of 60 women at risk, divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The control group received the usual advice, while the experimental group received the health literacy promotion program for a duration of 4 weeks. The research instruments included a breast cancer literacy training program for at-risk women. Data were collected using a health literacy questionnaire on breast cancer prevention and a self-breast examination skills assessment form. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.73 and 0.72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The research results showed that after the experiment, the average health literacy scores on breast cancer prevention were significantly higher than before the experiment and higher than those of the control group ($p < 0.05$ for both comparisons). Additionally, the average self-breast examination skills scores were significantly higher than before the experiment and higher than those of the control group ($p < 0.05$ for both comparisons).

Suggestion: The breast cancer literacy training program for at-risk women can effectively improve health literacy on breast cancer prevention and self-breast examination skills in at-risk women. This program can be applied as a guideline to increase breast cancer screening rates among women in the area.

Keywords: health literacy skills training program, breast cancer, breast self-examination

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยของผู้หญิงเป็นอันดับหนึ่งของโลก จากสถิติมะเร็งเต้านมทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยใหม่ 2.3 ล้านคน และเสียชีวิต 670,000 ราย พบมากในประเทศฝั่งตะวันตกมากกว่าเอเชีย (World Health Organization (WHO), 2022) สถานการณ์ในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 300,590 ราย โดยคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มเป็น 310,720 รายในปีพ.ศ. 2567 (American Cancer Society, 2024) สำหรับประเทศไทยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาอัตราผู้ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรี อัตราป่วยในปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 166, 174 และ 175 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มการเพิ่มสูงของผู้ป่วยรายใหม่ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ข้อมูลโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบการเกิดโรคมะเร็งในสตรีในช่วงอายุ 20-90 ปี โดยพบจำนวนมากที่สุดในช่วงอายุ 50-55 ปี และหากแยกตามระยะของโรค พบว่ามีผู้ป่วยระยะที่ 2 มากที่สุดถึงร้อยละ 25.4 รองลงมาในระยะ unknown stage ร้อยละ 24.3 ระยะที่ 4 ร้อยละ 20.7 ระยะที่ 3 ร้อยละ 20.4 และระยะที่ 1 ร้อยละ 9.2 จากสถานการณ์มะเร็งเต้านมทั้งในระดับโลกและประเทศไทยมีแนวโน้มและความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นมาจากปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เลี่ยงไม่ได้ อาทิ การมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น พันธุกรรม การมีประจำเดือนเร็วหรือหมดประจำเดือนช้า และปัจจัยเสี่ยงที่เลี่ยงได้ อาทิ การรับประทานยาฮอร์โมนเสริมหรือยาคุมกำเนิด การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด และการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (American Cancer Society, 2023)

องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมระดับโลกได้แก่ การคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ต้องสามารถพบมะเร็งเต้านมในขนาดก้อนที่เล็ก เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งหมด การคัดกรองมี 3 วิธีคือ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แนะนำให้สตรี 20-30 ปีทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน 2) การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม โดยทำ

การตรวจปีละ 1 ครั้ง และ 3) การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ ซึ่งแต่ละประเทศจะกำหนดเกณฑ์อายุและความถี่ที่ไปทำการตรวจแตกต่างกัน เช่น หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยตรวจปีเว้นปี เป็นต้น (WHO, 2022) สถาบันมะเร็งแห่งชาติแนะนำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองจะทำให้ค้นพบมะเร็งในระยะแรก จะทำให้ได้รับการวินิจฉัย การรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้พยากรณ์ของโรคได้ดี และมีโอกาสรอดชีวิตสูง โดยประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนจัดการณรงค์เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งและประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็ง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านโรคมะเร็งมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนสามารถคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565; ชลทิศ อุไรฤกษ์, 2565)

สถานการณ์ของจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2566 พบโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) อัตราป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2567 พบอัตราป่วยร้อยละ 0.56, 0.58 และ 0.57 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นสอดคล้องกับระดับประเทศ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยของอำเภอพรหมพิราม พบอัตราป่วยร้อยละ 0.49, 0.48 และ 0.46 ตามลำดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้องมีอัตราป่วยร้อยละ 0.55, 0.55 และ 0.52 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้องจัดบริการตรวจคัดกรองป้องกันมะเร็งเต้านมทั้งการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และบริการตรวจเต้านมโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการเป็นประจำคือผู้ที่มีญาติสายตรงหรือมีคุณรู้จักใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ในขณะที่สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่เข้าใช้บริการเพราะคิดว่าไม่มีการจึงไม่จำเป็นต้องตรวจ ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน ไม่แน่ใจว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่ อีกทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์คือดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย บริโภคเนื้อมันสูง กรณียกมาตรวจพบก้อนที่เต้านมก็ไม่มารักษาตามนัด แต่ไปรักษาตามความเชื่อ เช่น การไปตัดก้อนเนื้อออกโดยผู้ที่แอบอ้างว่าสามารถรักษา มะเร็งได้ ส่งผลให้มะเร็งเข้าสู่ระยะแพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้อง, 2566)

การที่สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปจะมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมควรต้องมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่ทำให้เข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลที่ได้รับและนำมาจัดการสุขภาพตนเองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านม (ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ และคณะ, 2566; สายรุ้ง ประกอบจิตร และสมัทนา กลางคาร, 2564) ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสื่อสารสุขภาพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ (อรวรรณ นามมนตรี, 2561) ผลงานวิจัยของทิพวรรณ สมควร และคณะ, (2565) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ยังควรได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการสื่อสาร การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแสดงว่าความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนงานวิจัยด้านการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายรุ้ง ประกอบจิตร และสมัทนา กลางคาร, 2564)

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จึงสนใจศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีในพื้นที่รับผิดชอบอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สามารถค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย สตรีกลุ่มทดลองนี้สามารถเป็นกลุ่มแกนนำขยายผลถ่ายทอดทักษะความรู้

ด้านสุขภาพและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องให้กับสตรีคนอื่น ๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเพื่อเพิ่มอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ว่าด้วยความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับการพัฒนา ได้ 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย 6 ทักษะที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ โดยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมทักษะ 6 กิจกรรม และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 กิจกรรมที่จะส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม เกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงของมะเร็งเต้านมได้

โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง

1. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจ ด้วยการเล่าเรื่องมะเร็งเต้านมประกอบสื่อสิ่งพิมพ์ วิดีทัศน์ การสาธิตตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ด้วยการฟังประสบการณ์เจ็บป่วยจากโมเดลต้นแบบผู้ที่เคยป่วย ร่วมกันอภิปราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง โดยการค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ โดยจัดฐานความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม ด้านอาหาร ออกกำลังกาย เลี่ยงสารก่อมะเร็ง ความเครียด
5. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ด้วยการใช้อปพลิเคชันไลน์รับข้อมูลมะเร็งเต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์ สอนวิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
6. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ด้วยการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจับคู่ฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองตาม
7. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม

- ความรู้ทางสุขภาพการป้องกัน
มะเร็งเต้านม
- ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ
(Nutbeam, 2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ – 21 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะตอง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี จำนวน 1,671 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะตอง, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตามหลักการของ Polit & Hungler (1999 อ้างถึงใน รัชนิพร วงศ์อนุ และ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, 2565) ที่ว่างานวิจัยกึ่งทดลองสามารถมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กที่สุด จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้คือสตรีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดคุณลักษณะของประชากร

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม
3. เป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือที่เป็นสมาร์ทโฟน
4. สัญชาติไทย สื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ เช่น นอนโรงพยาบาล มีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย พบก้อนที่เต้านมหรือได้รับการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งเต้านม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) โดยเป็นการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะและส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน จำนวน 7 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 5 ครั้งๆละ 120-180 นาที ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ การบอกเล่าเรื่อง ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีทัศน์ และการสาธิต ในหัวข้อ มะเร็งเต้านม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน การรักษาและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจก

1.2 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การบอกเล่าประสบการณ์ตรงจากโมเดลต้นแบบ คือ อดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

1.3 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ ด้วยการค้นหาปัญหา อุปสรรคของตนเองในการตรวจเต้านม การจัดการกับปัญหาอุปสรรค เพิ่มการค้นหาความชื่นชอบของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.4 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ได้แก่ สร้างความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย รับประทานอาหารป้องกันมะเร็งเต้านม ออกกำลังกายป้องกันมะเร็งเต้านม ป้องกันสารก่อมะเร็ง อาทิ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ความเครียด และสารเคมีต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน สกัดมะเร็งเต้านมด้วย 3 นิ้ว 3 สัมผัส

1.5 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ได้แก่ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์และวิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

1.6 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ ด้วยการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จโดยจับคู่ฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ได้ตามเป้าหมายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

1.7 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในประเด็น “ทบทวนความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมและความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ มะเร็งเต้านม และการป้องกันมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 35 ข้อ มี 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้ ความเข้าใจมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งด้านนี้มีลักษณะคำตอบเป็น 2 คำตอบ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน 2) การเข้าถึงข้อมูล ค้นหาข้อมูลและบริการเกี่ยวกับการคัดกรองสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม จำนวน 7 ข้อ 3) การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม จำนวน 4 ข้อ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 3 ข้อ 5) การจัดการตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 6 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 1-4 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน

2.2 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2561 อ้างอิงใน ศรีัญญา งามนิมิตร และคณะ, 2564) มีทั้งหมด 9 ข้อ (9 คะแนน) ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับของค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 0.00-2.99 หมายถึงระดับต่ำ 3.00-5.99 หมายถึงระดับปานกลาง และ 6.00-9.00 หมายถึงระดับสูง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องมะเร็งเต้านม จำนวน 35 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.97 หลังนำทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคโดยรวมได้ เท่ากับ 0.73 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หลังนำทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคโดยรวมได้เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ – 21 มีนาคม 2567 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กับกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 และ วันที่ 21 มีนาคม 2567 และกลุ่มทดลองจำนวน 5 ครั้งในวันที่ 22 และ 29 กุมภาพันธ์ 2567 และ วันที่ 7, 14 และ 21 มีนาคม 2567 รายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินการจำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ที่ต้องเข้าร่วม เปิดให้ซักถาม และขอความยินยอมโดยให้กลุ่มควบคุมลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต๋อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการคำแนะนำตามปกติ ตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต๋อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต๋อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็ง เต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือ โดยใช้ ระยะเวลา 60 นาที

กลุ่มทดลอง ดำเนินการจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ต้อง เข้าร่วม เปิดให้ซักถาม และขอความยินยอมโดยให้กลุ่มทดลองลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ณ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต๋อง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และ แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 60 นาที และดำเนินการกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ ความเข้าใจด้วยการบอกเล่าเรื่อง ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีทัศน์ และการสาธิต ในหัวข้อ มะเร็งเต้านม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน การรักษา วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจก และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การบอกเล่าประสบการณ์ตรงจากโมเดลต้นแบบคืออดีตผู้เคยป่วยมะเร็ง เต้านม อภิปราย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ครั้งที่ 2 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการจัดการ อุปสรรค และความซับซ้อนของการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคของตนเองในการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ครั้งที่ 3 วันที่ 7 มีนาคม 2567 ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ โดยสร้างความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย ทานอาหารป้องกันมะเร็งเต้านม ออกกำลังกายป้องกันมะเร็งเต้านม ป้องกันสารก่อมะเร็ง อาทิ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ความเครียด และสารเคมีต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน สักตมมะเร็งเต้านม ด้วย 3 นิ้ว 3 สัมผัสกับชุดโมเดลเต้านมจำลองเสมือนจริง และเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับการป้องกัน มะเร็งเต้านม ด้วยการใช้อุปพลิเคชันไลน์ในการให้และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากบุคลากรทาง การแพทย์ และวิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลและง่ายต่อการทำความเข้าใจ อีกทั้งเป็นช่องทางกระตุ้นเตือน ชักชวน จูงใจให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และให้คำชมเชยให้กำลังใจผ่านข้อความและ สติกเกอร์ไลน์ ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ครั้งที่ 4 วันที่ 14 มีนาคม 2567 ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ด้วยการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จโดยจับคู่ฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ครั้งที่ 5 วันที่ 21 มีนาคม 2567 ดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ โดยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น “ทบทวนความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมและความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” ใช้ระยะเวลา 60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือ ใช้ระยะเวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เฉพาะทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ PREC 042-2567 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 การเข้าร่วมวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.2 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.7 หมดประจำเดือน ร้อยละ 70.0 มีจำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 40.0 อายุบุตรคนแรกเฉลี่ย 29.8 ปี ไม่มีญาติป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 96.7 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ร้อยละ 90.0 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 83.3 และ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยรับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 56.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.5 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 หมดประจำเดือน ร้อยละ 73.3 มีจำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 50.0 อายุบุตรคนแรกเฉลี่ย 28.6 ปี ไม่มีญาติป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 90.0 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ร้อยละ 60.0 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 73.3 และ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยรับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 20

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n = 30) โดยใช้ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวม	85.60	5.92	112.13	10.67	-17.22	.00
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม	4.77	1.55	8.53	0.63	-12.17	.00

$p < .05$

จากตาราง 1 พบว่า พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวม	112.13	10.67	61.0	5.41	23.35	.00
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม	8.53	0.63	4.83	1.74	10.93	.00

$p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .05$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยกล่าวคือ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .05$ ตามลำดับ) และค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .05$ ตามลำดับ) ผู้วิจัยอภิปรายผลโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รายละเอียดดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .05$ ตามลำดับ) เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทักษะความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam มีผลให้ภาพรวมความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น แสดงถึงกลุ่มทดลองมีการพัฒนาสมรรถนะ 6 ด้านที่จำเป็น ได้แก่ การใช้ความสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น สามารถสื่อสารข้อมูลมะเร็งเต้านมให้บุคคลอื่นเข้าใจ สามารถกำหนดหรือวางแผนการตรวจเต้านมด้วยตนเองและป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม สามารถเลือกวิธีปฏิบัติให้ตนเองปลอดภัยจากโรคมะเร็งเต้านม และสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลมะเร็งเต้านมได้ เหล่านี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจทำสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สายรุ้ง ประกอบจิตร์ และ สมัทนา กลางคาร, 2564). และงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (สุริพร ชุมแดง และ พิไลพร สุขเจริญ, 2564) ที่ต่างก็พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงถูกออกแบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติ มีกิจกรรมที่ส่งเสริมและสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเองในเรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการเรียนรู้จากต้นแบบที่เป็นอดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีทั้งประสบการณ์ที่ดีและไม่ดี และยังมีกิจกรรมที่ให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อที่จะหาแนวทางในการจัดปัญหาและอุปสรรค ทั้งนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการใช้สื่อชุดโมเดลเต้านมจำลองเสมือนจริง ทักษะความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการสร้างแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเพื่อให้และรับข้อมูลมะเร็งเต้านมจากบุคลากรการแพทย์ ทำให้สตรีในกลุ่มทดลองสามารถทบทวนความรู้และได้ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งวิดีโอการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะ และกระตุ้นในเรื่องมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มเติม มีการอธิบายถึงการเลือกแหล่งที่จะสามารถให้ความรู้ในเรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมที่มีความน่าเชื่อถือ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองมีทักษะในเรื่องของความรู้ด้านสุขภาพเรื่องมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธรา นาคณอม และคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากร สุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนิพร วงศ์อนุและณัฐกฤตา ศรีโสภณ (2565) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยโปรแกรม ๖ ประกอบด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โมเดลต้นแบบจากอดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ และสร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรวิทย์ หวังมัน และคณะ, (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการทดลอง คะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่อภิปรายถึงการใช้ออปพลิเคชันไลน์ร่วมในกิจกรรมทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ผ่านหลากหลายช่องทาง ส่งข้อความชักชวนกันตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน พร้อมส่งผลการตรวจทางไลน์กลุ่ม ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ส่งข้อความเชิงบวกอย่าง

ต่อเนื่อง จัดเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการชักชวนกระตุ้นทางอารมณ์ให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของลินยา เทสมุท และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับของ

2. ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการฝึกทักษะความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสมรรถนะทักษะ 6 อาทิ ความรู้ความเข้าใจการตรวจเต้านมตนเอง หน้ากระจก สักตมะเร็งเต้านมด้วย 3 นิ้ว 3 สัมผัสกับชุดโมเดลเต้านมจำลองเสมือนจริง สร้างประสบการณ์จับคู่ฝึกให้ได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและกำจัดอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้เสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจ ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับ ศรีัญญา งามนิมิตร และคณะ (2565) ศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมฯ มีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ฝึกหัดทำทดลองปฏิบัติภายใต้การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์จนเกิดความมั่นใจ เข้าศึกษาทบทวนคลิปวิดีโอสอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทางแอปพลิเคชันไลน์ตามเวลาที่ต้องการ มีการแจ้งเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำเดือนและส่งผลการตรวจทุกครั้งกิจกรรมเหล่านี้ได้ทำให้เกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับ สายรุ้ง ประกอบจิตร และสมุทธาน กลางคาร (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมฯ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ มีโอกาสได้ทดลองปฏิบัติจริงกับหุ่นโมเดลเต้านมสำหรับฝึกคลำหาก้อนเนื้อที่ปกติและผิดปกติ อีกทั้งมีการให้สาธิตย้อนกลับจนมั่นใจว่าสามารถตรวจได้อย่างถูกต้อง การส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจพร้อมฝึกทักษะโดยผ่านประสาทสัมผัสที่หลากหลาย อาทิ การฟังบรรยายประกอบสื่อ ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง ซักถาม แลกเปลี่ยน ให้โอกาสทบทวนฝึกปฏิบัติที่บ้านซ้ำ ๆ เหล่านี้ช่วยเพิ่มทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนสามารถขยายผลการใช้โปรแกรมนี้ในสตรีกลุ่มต่าง ๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่ตำบลละต้องและพื้นที่ใกล้เคียง เช่น สตรีในสถานประกอบการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมอย่างถูกวิธี ส่งผลให้อัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

2. ผู้บริหารหน่วยงานของสถานบริการสุขภาพสามารถประยุกต์โปรแกรมนี้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมเพิ่มทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาสื่อการสอนที่มีรูปแบบเฉพาะ เช่น การสอนผ่านคลิปวิดีโอ ส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางหลักในการให้ความรู้และการกระตุ้นติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านตนเอง

2. ควรศึกษาในรูปแบบการติดตามผลของการใช้โปรแกรม อย่างน้อยประมาณ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินความยั่งยืนของทักษะการตรวจเต้านมตนเองที่เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเนื่องอย่างเป็นนิสัย

3. ควรศึกษารูปแบบการขยายการใช้โปรแกรมกับสตรีและบุรุษทั่วไป โดยอาจต้องใช้หลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ทิพวรรณ สมควร, สนิทนาฏ ขาวตระการ, และวรางคณา นาคเสน. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ มะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 18(1), 45-56.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละต้อง. (2566). รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละต้อง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก.
- พัชรา นาคณอม, เดชา ทำดี, เนตรทอง นามพรหม, และอังคณา กิตติไชยากร. (2566). ผลของโปรแกรมการ ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2), 351-364.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *อัตราป่วยมะเร็งเต้านมต่อประชากร*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&ca_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b
- รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมใน สตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง. *วารสารสุขภาพ พลศึกษา และ สันทนาการ*, 48(1), 208-217.
- ลินยา เทสมุท, พัชรินทร์ สังวาลย์, ธรรมวิทย์ ราษฎร์อน, และประกายดาว สุทธิ. (2564). ผลของโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34(2), 56-70.
- วัชรวิทย์ หวังมัน, ดวงกมล ปนเฉลียว, และทิพย์ขัมพร เกษโกมล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(1), 1-14.

- ศรัญญา งามนิมิตร, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์, และอนามัย นาอุดม. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 148-159.
- ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์, พิมพกา ปัญโญใหญ่, และณญา ธนกิจธรรมกุล. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(2), 68-80.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. โฆษิตการพิมพ์จำกัด.
- สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการสาธารณสุขชุมชน*, 1(1), 41-52.
- สายรุ้ง ประกอบจิตร์ และสุ่มิทนา กลางคาร. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(1), 82-89.
- สุรีพร ชุมแดง และพิไลพร สุขเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 51(3), 204-213.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *รายงานประจำปี 2566: 2023*. <https://cloud.plkhealth.go.th/index.php/s/9r9ycAWoN2D638s#pdfviewer>
- อรรวรรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *วารสารทันตภิบาล*, 29(1), 122-128.
- American Cancer Society. (2023). *Breast Cancer Risk and Prevention*. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention.html>
- American Cancer Society. (2024). *Key statistic for breast cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Breast Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

Development of a program to enhance the self-efficacy for self-management to
delay renal impairment in patients chronic kidney disease with fourth stage in
Phromphiram hospital

กัญญาณัฐ ไจกลาง*

Gunyanut Chaiklang*

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม, พิษณุโลก

Outpatient department, Promphiram Hospital, Phitsanulok

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

(Received: April 1, 2024; Revised: June 27, 2024; Accepted: July 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน กลุ่มทดลอง 15 คน และ 2) ผู้ป่วยที่นอนรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ในแผนกผู้ป่วยใน ใช้แผนการทดลองวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง จำนวน 15 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ paired t-test และ independent t-test

ผลของการทดลองใช้โปรแกรมทั้งที่คลินิกโรคไตเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม รายด้าน และค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเหมาะสมส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a program enhancing self-efficacy in self-management to delay renal impairment in patients with stage 4 chronic kidney disease at Phromphiram Hospital, Phitsanulok. The sample was obtained through purposive sampling divided into 2 stages 1) patients attending a chronic kidney disease clinic using quasi-experimental research with compare 2 groups; 15 in a control group and 15 in an experimental group. 2) Fifteen patients admitted with complications of chronic kidney disease stage 4 in the inpatient department were studied using a quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest. The research was conducted between October 2023 and March 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and the independent t-test.

The results of implementing the program at both the outpatient chronic kidney disease clinic and the inpatient department showed that patients, after receiving the program, had significantly higher overall and specific self-management behavior scores for delaying kidney impairment, as well as higher glomerular filtration rate values, compared to before receiving the program, at a significance level of 0.05. This demonstrates that the program aimed at enhancing self-efficacy in self-management for delaying kidney impairment in patients with stage 4 chronic kidney disease helps patients develop appropriate self-management behaviors, leading to improved outcomes in delaying kidney impairment.

Keywords: self-efficacy enhancement program, self-management behavior, chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละกว่าล้านคน เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นปัญหาสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก สูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเป็นจำนวนเงินกว่า 3,500 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องล้างไต จำนวน 62,386 ราย ผู้ป่วยระยะที่ 5 ที่มีสิทธิหลักประกันแห่งชาติทั้งหมดเข้ารับการบำบัดทดแทนไตในปี 2565 มีจำนวน 82,463 คน เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบำบัดทดแทนไตเป็นเงิน 252,000 บาท (สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ, 2565) การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะ 5 มี 3 แบบ คือ 1) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) การล้างไตทางหน้าท้อง 3) การปลูกถ่ายไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพรหมพิราม ปี 2564, 2565 และ ปี 2566 จำนวน 739,738 และ 789 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 เปลี่ยนเป็นระยะ 5 มีจำนวน 17, 19, 24 ราย ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี 2565 ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมโดยมี

eGFR ลดลง $< 5 \text{ cc/min/1.73 m}^2$ จำนวน 477 ราย คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 64.63 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ eGFR $< 5 \text{ cc/min/1.73 m}^2$ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 66 และจากข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากไตเรื้อรังในปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 59, 46 และ 54 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมานอนรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 20.33, 19.56 และ 20.37 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ถึงระบบการให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นอยู่เดิมพบว่า เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพรหมพิราม ซึ่งผู้ป่วยมารับบริการ 1-3 เดือน/ครั้ง และให้บริการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองชะลอไตเสื่อม และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ดี เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ พบข้อจำกัดในการให้บริการ คือมีเวลาจำกัดในการให้ความรู้เนื่องจากในวันคลินิกมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ให้ความรู้โดยการพูดและอธิบายสั้น ๆ ขาดสื่อ และพบปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ ยังขาดความต่อเนื่องในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการวางแผนก่อนจำหน่าย พบข้อจำกัดเรื่องเวลาการให้ความรู้ เนื่องจากมีผู้ป่วยหลากหลายโรค และจำนวนมาก ผู้ให้บริการมีงานในการดูแลหลายอย่าง ยังคงให้ความรู้ที่มุ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล ไม่มีแบบแผนการให้ความรู้ที่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 นอนรักษาในโรงพยาบาลจากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะโรคแทรกซ้อนจากไตเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 เร็วขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น (ปพิชญา สิงห์ษา, 2564) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่าวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพที่ดีคือการชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งการทำงานของไตให้ยาวนานที่สุด แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง นั้นพบว่าให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพิ่มแรงจูงใจเพื่อผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รับรู้ความสามารถตนเองเกิดทักษะในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ นำไปปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้ และศึกษาแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยได้รับการกำกับดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง และถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และมีการจัดการที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อมโดยการควบคุมอาหาร ควบคุมโรคร่วม การรับประทานยาตามแบบแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ชะลอการเสื่อมของไตดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ลักษณะกระบวนการพยาบาลในการสนับสนุนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 โดยการใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเอง
- 3 ประเมินของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมพิราม

สมมติฐาน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีพฤติกรรมจัดการตนเองเหมาะสมเพิ่มขึ้นและมีอัตราการชะลอไตเสื่อมดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Demming ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพัฒนา P-D-C-A มาใช้ใน กระบวนการศึกษา ดังนี้ 1) การวางแผน (plan) เป็นการ วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และความต้องการของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) พัฒนา (do) จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีม สหวิชาชีพ ใบพบทวนอาหารและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง QR code วิดีโอเรื่อง การชะลอไตเสื่อม และแบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเอง นำไปใช้ในกิจกรรมโปรแกรม และสร้างโปรแกรมเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ตรวจสอบคุณภาพ และนำไปทดลองใช้ ประเมินปรับปรุงแก้ไข ยืนยันคุณภาพโปรแกรมสำหรับเชิงเนื้อหาโปรแกรมผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาและแนวทางกระบวนการเรียนรู้ของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น และให้ผู้ดูแลดูแลกำกับติดตามที่บ้านเป็นการเสริมพลัง และผู้วิจัยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านในการเสริมพลังเพิ่มแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย และใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) มาเป็นกิจกรรมเมื่ออยู่ที่บ้าน 3) นำโปรแกรมการเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ไปทดลองใช้ (check) ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมพิราม 3) สรุปประเมินผลการใช้โปรแกรม (action)

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (research and development) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Demming (เกียร์ติพงษ์ อุดมธนะธีระ, 2561) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพัฒนา พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) และการจัดการตนเองของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) มาใช้ในกระบวนการศึกษามี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และความต้องการของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เดือน ตุลาคม 2566 – เดือน พฤศจิกายน 2566 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B-5 ที่รับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 25 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 3 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B-5 ที่รับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 5 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามเป็นรายเดี่ยวประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบบันทึกความต้องการของผู้รับบริการ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการได้แสดงความคิดเห็นความต้องการอย่างอิสระตามการรับรู้และมุมมองของตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ไตเสื่อม และการชะลอไตเสื่อม

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ประเมินคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลพยาบาล 1 คน และพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ เท่ากับ 1.0 และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานี้จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การควบคุมโรคร่วม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B-5 ที่คลินิกโรคไตเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก หลังได้รับการชักประวัติ ขณะรอพบแพทย์และแผนกผู้ป่วยในเวลาประมาณ 16.30-18.00น. เป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่กับผู้ดูแล เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการและผู้ดูแลผู้ป่วยในวันที่มาพบผู้ป่วย มารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน เป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการสอบถามเป็นรายบุคคลเรื่องความต้องการของผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นเนื้อหาตามแบบสอบถามเป็นหมวดหมู่ จากนั้นนำเสนอรูปแบบบรรยาย

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม

นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย คู่มือดังนี้ หนังสือกินอย่างไรเมื่อไตเริ่มเสื่อม สมุดประจำตัวผู้ป่วย ใบทบทวนอาหารและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง QR code วิดีโอเรื่องการชะลอไตเสื่อม และแบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงของโปรแกรมคู่มือ โดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบ

ความชัดเจนของโปรแกรม ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังนำไปใช้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าใจง่าย ชัดเจน และน่าสนใจ ทำให้เกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อม

ระยะที่ 3 ประเมินผลโปรแกรมในผู้ป่วย 2 แห่ง ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2566 – เดือน มีนาคม 2567

แห่งที่ 1 ในคลินิกโรคไตเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566- ธันวาคม 2567 วิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังทดลอง (two group pre and post test research design) โดยกลุ่มควบคุม (control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงทำการเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการสลับวันโดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR 15 – 29.99 mL/min/1.73 m²)
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะที่ดี มีความรู้เรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ อย่างถูกต้อง
4. ไม่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การได้ยิน มองเห็นภาพ การพูด การสื่อสารด้วยภาษาไทย และการอ่าน
5. มีผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก สม่่าเสมอ ต่อเนื่อง ที่พำนักบ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ทั้งหญิงและชาย

6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
7. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาในพยาธิสภาพของไต จากการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น เป็นถุงน้ำในไต เป็นนิ่วในเป็นมะเร็ง

ระยะลูกกลม

2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) คำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ใช้สูตรคำนวณ

โดยผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (สุรดา โพธิ์ตาทอง และคณะ, 2555) จากการคำนวณจะได้ค่า effect size = 4.62 เมื่อเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) ซึ่งค่าสูงสุดที่มีในตารางคือ 1.40 ผู้วิจัยจึงใช้ค่า effect size 1.40 โดยกำหนดให้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ระดับอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 80% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 12 ราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายจากการติดตาม (drop-out) เช่น ขอยุติการ

เข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 30 ราย คือกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สร้างแบบประเมินพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม自我管理ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบทำให้ไตเสื่อมลง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรม自我管理ตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีโรคเบาหวาน ศิริลักษณ์ ถูทอง (2557) และพฤติกรรม自我管理ตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง อติเทพ ผาติอินันท์ (2560) ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบทำให้ไตเสื่อมลง

1. พฤติกรรม自我管理ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถาม ด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 และเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 10

2. พฤติกรรม自我管理ด้านการใช้ยาจำนวน 8 ข้อ ด้านบวกจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-18 เป็นข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-15

3. พฤติกรรม自我管理ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก

4. พฤติกรรม自我管理ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบทำให้ไตเสื่อมลงจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24, 25, 26, 27 ด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 28-30

ระดับคำตอบ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำ 6-7 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติ 3-5 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน)
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติเลย/สัปดาห์ (0 คะแนน)

เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบการให้คะแนนจึงขึ้นกับข้อความดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	0
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2	1
ปฏิบัติบางครั้ง	1	2
ไม่ปฏิบัติเลย	0	3

คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-90 คะแนน สามารถแปลผลโดยคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนนระดับขั้นที่แบ่ง (สายชลสิน สมบูรณ์ทอง, 2555) ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ค่าพิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงคะแนน}} \\ &= \frac{90 - 0}{3} \\ &= 30\end{aligned}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0 – 30 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 31 – 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 61 – 90 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ การตรวจคุณภาพแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบทำให้ไตเสื่อมลง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยได้ความตรงตามเนื้อหา (content validity index) = 1.0

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยนำแบบประเมินที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ที่มีคุณสมบัติ เช่น ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นศึกษางานวิจัย ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. วางแผน พัฒนาโปรแกรม

3. ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยให้ผู้เชี่ยวชาญและปรับแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โดยเก็บข้อมูลเลือกตามเกณฑ์และสมัครใจ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผู้วิจัยจึงทำการเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการสลับวันกัน

5. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มควบคุมทราบ แจ้งว่าจะได้รับการเหมือนเดิมตามปกติและให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 และอีก 12 สัปดาห์ ให้ทำอีกครั้งพร้อมทั้งมอบนวัตกรรมที่ได้จากระยะที่ 1

ประกอบด้วยหนังสือ “กินอย่างไรเมื่อไตเริ่มเสื่อม” สมุดประจำตัวผู้ป่วย ใบให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ต้องควบคุม QR code วิดีโอเรื่องการชะลอไตเสื่อม พร้อมทั้งแนะนำการใช้

6. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และวิธีการดำเนินการวิจัยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการตรวจรักษา พร้อมให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

โปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วย ค้นข้อมูล มอบกระเป๋าผ้า หนังสือ “กินอย่างไรเมื่อไตเริ่มเสื่อม”, สมุดประจำตัวผู้ป่วย, ใบทบทวนอาหารและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, QR code วิดีโอเรื่องการชะลอไตเสื่อม, แบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อมทั้งคำแนะนำการอ่านการลงบันทึก พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ และกำหนดวันมาส่งแบบบันทึกการจัดการตนเองและให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และเอกสารประกอบติดตามการจัดการตนเอง พร้อมให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อม

2) สัปดาห์ที่ 5, 9, 11 ผู้วิจัยติดตามการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทางโทรศัพท์

3) สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำกิจกรรมโดยการเยี่ยมบ้าน

4) สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยพบกลุ่มทดลอง ทบทวนการจัดการตนเองในการชะลอการเสื่อมของไต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถาม และเก็บแบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งการคืนข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 และกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการกรองของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test

แห่งที่ 2 ศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเดือน ธันวาคม 2566 - มีนาคม 2567

วิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังทดลอง (one group pre and post test research design) ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 ที่นอนรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยหลักความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR 15 – 29.99 mL/min/1.73 m²) ที่ได้รับการรักษานอนในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

3. มีสติสัมปชัญญะที่ดี มีความรู้เรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ อย่างถูกต้อง

4. ไม่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การได้ยิน มองเห็นภาพ การพูด การสื่อสารด้วยภาษาไทยและการอ่าน

5. มีผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก สม่่าเสมอต่อเนื่อง ที่พำนักบ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย

6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

7. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาในพยาธิสภาพของไต จากการวินิจฉัยของแพทย์เช่น เป็นถุงน้ำในไต เป็นนิ่วในไต เป็นมะเร็งระยะลุกลาม

2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แผนการทดลองแบบ one group pre and post test research design กลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการวิจัยกึ่งทดลองของวรรณชนก จันท์ชุม (2545) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง โดยผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (สุรดา โพธิ์ตาทอง และคณะ, 2555) ที่ความเชื่อมั่น 95% และให้โอกาสผู้ป่วยที่จะถอนตัวออกจากการทดสอบโปรแกรมโดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 (อรุณ จิรวรรณกุล, 2551) ได้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับการทดลองใช้โปรแกรมแห่งที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นศึกษางานวิจัย ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. วางแผน พัฒนาโปรแกรมใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) และนำข้อมูลและนวัตกรรมที่พัฒนาได้จากระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐาน ในการสร้างโปรแกรมฯ

3. ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่หอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมพิราม

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โปรแกรมที่ให้ผู้ป่วย ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

วันที่ 1 ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงยินดีเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ รายละเอียดของโปรแกรม ชี้แจงบทบาทของผู้ป่วยในการรับฟังและดำเนินตามโปรแกรม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วยทุกครั้ง มอบหมายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปดูแลกำกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (pre-test) แล้วผู้วิจัยคืนข้อมูลระยะไตเสื่อม และอธิบายสาเหตุการนอนรักษาในโรงพยาบาล และการทำให้ไตเสื่อมเร็ว และสะท้อนปัญหาแต่ละบุคคล ให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต, การใช้ยา และทบทวนการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

วันที่ 2 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาเรื่องการจัดการตนเอง ให้ความรู้การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ทบทวนความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต, การใช้ยา และ ทบทวนการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน มอบกระเป๋าผ้า หนังสือกินอย่างไรเมื่อไตเริ่มเสื่อม, สมุดประจำตัวผู้ป่วย, ใบทบทวนอาหาร และเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, QR code วิดีโอเรื่องการชะลอไตเสื่อม, แบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพร้อมทั้งคำแนะนำการอ่าน การบันทึก และการใช้ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ

วันที่ 3 ผู้วิจัยเยี่ยมติดตามครั้งที่ 2 สอบถามปัญหาเรื่องการจัดการตนเอง พร้อมทั้งอธิบายให้คำแนะนำตามปัญหาที่มี และทบทวนการจัดการตนเองเรื่องการใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบทำให้ไตเสื่อมลง เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หากผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสมจะชื่นชม และผู้วิจัยแจ้งการมาตรวจพบแพทย์ตามนัดพร้อมนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบบันทึกการจัดการตนเอง ส่งผู้วิจัยตามนัด

วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ทบทวนทักษะและสนับสนุนเรื่องการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยและญาติได้วางแผนร่วมกันแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมพลังและติดตามประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองตามเป้าหมาย สอนเสริมความรู้ และทักษะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้จากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้บอกเรื่องราวที่ดีที่สุด หรือช่วงเวลาที่ดีที่สุดจากประสบการณ์ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวน หรือสร้างเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและการลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 หลังจากผู้ป่วยมาตามนัดติดตามหลังนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบผู้ป่วยพบกลุ่มทดลอง ทบทวนการจัดการตนเองในการชะลอการเสื่อมของไต เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถาม และเก็บแบบบันทึกการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (post test) แจ้งให้ผู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ทราบว่สิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งการคืนข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระหว่าง ก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก หนังสืออนุญาตเลขที่ PREC No. 002-2567 รับรองในวันที่ 25 ตุลาคม 2566 และการดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และวิธีการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามความเข้าใจได้ตลอดเวลา มีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการตรวจรักษา หรือการปฏิบัติงานเมื่อก่อนเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และจะทำลายเอกสารการยินยอมนี้ในเดือนเมษายน หลังวิจัยเสร็จสมบูรณ์ กรณีท่านอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติ และได้รับการดูแลเช่นเดียวกับท่านที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้รับคู่มือสื่อความรู้เหมือนกับผู้เข้าโปรแกรมหลังจากการวิจัยเสร็จ

ผลการวิจัย

1. ปัญหา สภาพการณ์และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและความต้องการของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม มีการควบคุมโรคได้ไม่ดี ยังมีพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่ถูกต้อง ไม่มีการตั้งเป้าหมายการควบคุมโรค การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การช้ยา ยังไม่เหมาะสม ไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ซื้อยารับประทานเอง รวมถึงซื้อยาแก้ปวด NSAIDs ไปฉีดยาแก้ปวดที่คลินิก ไม่มีการตั้งเป้าหมายเรื่องการช้ยา เรื่องการชะลอไตเสื่อม มีการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลต่อการเสื่อมของไต ดื่มน้ำน้อย สูบบุหรี่ รับประทานยาสมุนไพร และพบความต้องการของผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัวไม่ให้ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ต้องการสื่อ เอกสารกลับไปอ่านหรือดูเพื่อเตือนความจำที่บ้าน ต้องการซักถามพูดคุยกับตัวแบบเรื่องการดูแลตัวเองที่ทำให้ไตเสื่อมลงถึงระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ความต้องการของทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบมีความต้องการ 1) สื่อหรือเอกสารที่เป็นวิดีโอให้ผู้ป่วยได้ดูย้ำเตือนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน 2) ใบตัวอย่างอาหารและเครื่องปรุงรสที่ผู้ป่วยจะต้องหลีกเลี่ยงหรือเผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนใช้ในการให้ความรู้ และทบทวนความรู้ผู้ป่วย 3) โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการชะลอไตเสื่อม

2. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โดยการใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม นำสภาพปัญหาพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และการชะลอไตเสื่อม ด้านการปฏิบัติตัว ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม สื่อการสอน/เอกสาร ต้องการสมุดประจำตัวเฉพาะโรคไตเรื้อรังที่ให้ความรู้สั้นเข้าใจง่าย มีข้อมูลของตนเอง เช่นความดันโลหิต ผลเลือดเพื่อนำสื่อสารกับคนในครอบครัว ต้องการตัวแบบ

มาพูดคุยเล่าประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ในการนำไปจัดการตนเองได้อย่างเข้มงวด ความต้องการของทีมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1) สื่อหรือเอกสารช่วยเตือนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน 2) ใบตัวอย่างอาหารและเครื่องปรุงรสที่ผู้ป่วยจะต้องหลีกเลี่ยงใช้ในการให้ความรู้ 3) โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยในการชะลอไตเสื่อม ได้้นวัตกรรมสมุดประจำตัวผู้ป่วยมาใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ผลการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย การคืนข้อมูลยังเป็นภาษาอังกฤษ เช่น ผลเลือดให้ผู้ป่วยไปอ่านเองไม่เข้าใจต้องอธิบาย เนื้อหาที่เป็นภาษาไทยอ่านแล้วเข้าใจง่าย สั้นได้ใจความ ตัวหนังสือและรูปภาพเป็นภาพสีน่าอ่าน นวัตกรรมกราฟพยากรณ์ระยะไต ใบทบทวนเกลือโซเดียมและเกลือแร่ และใบซักประวัติผู้ป่วยนำไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ผลการใช้สะดวก เป็นการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้ส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย นำสภาพปัญหา นวัตกรรม ไปพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4

3. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการนอนรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมพิราม

3.1 ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพรหมพิราม

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง (n=30)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		χ^2/t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.92 ^a	.43
ชาย	3	20.00	6	40.00		
หญิง	12	80.00	9	60.00		
อายุ (ปี)	(Mean=64, S.D.=6.97)		(Mean =63, S.D.=8.28)		.59 ^a	.57
51-60	2	13.33	4	26.67		
≥ 60	13	86.67	11	73.33		
ศาสนา						
พุทธ	15	100	15	100		
สถานภาพ					.10.73 ^b	.03
โสด	1	6.67	1	6.67		
คู่	13	86.66	12	80.00		
หม้าย	1	6.67	2	13.33		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	86.67	14	93.33	1.00 ^a	.34
อนุปริญญา	2	13.33	1	6.67		
อาชีพ					.79 ^a	.45
เกษตรกร	5	33.33	4	26.67		
ว่างงาน	10	66.67	11	73.33		

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		χ^2/t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว					15.00 ^b	.01
น้อยกว่า 1,000 บาท	2	13.33	1	6.67		
1,001-5,000 บาท	12	80.00	13	86.66		
มากกว่า 5,000 บาท	1	6.67	1	6.67		
โรคร่วม					.78 ^a	.46
โรคความดันโลหิตสูง	5	33.33	5	33.33		
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	10	66.67	10	66.67		
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคร่วม					1.30 ^a	.22
≤ 10 ปี	7	46.67	7	46.67		
≥ 10 ปี	8	53.33	8	53.33		
eGFR	(Mean =23.78, S.D.=3.71)		(Mean =24.93, S.D.=3.16)		.91 ^a	.04

$p > .05$, a = ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test, b = ทดสอบด้วยสถิติ chi-square

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ทั้งหมดมีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาป่วยด้วยโรคร่วมส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี และ กลุ่มควบคุมมีการกรองของไต (eGFR) เฉลี่ย 23.93 cc/min/1.73m²/yr กลุ่มทดลองมีการกรองของไต (eGFR) เฉลี่ย 24.93 cc/min/1.73m²/yr

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คะแนนเฉลี่ย		คะแนนเฉลี่ย		t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	14.40	4.70	28.87	2.53	10.49	.000*
ด้านการใช้ยา	14.53	4.22	20.20	1.47	4.90	.000*
ด้านการออกกำลังกาย	7.27	4.73	17.13	1.59	7.67	.000*
ด้านการหลีกเลี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไต	12.80	2.14	17.27	1.22	7.00	.000*
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4 ด้าน	49.00	9.95	83.47	6.49	11.23	.000*
eGFR	23.26	3.68	26.51	3.03	2.198	.036*

$p < 0.05^*$

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมพิราม

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยใน (n=15)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างจำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	33.33
หญิง	10	66.67
อายุ (ปี)	(Mean 72 S.D. 8.74) Range 56-87	
51-60	2	13.33
≥ 60	13	6.67
ศาสนา		
พุทธ	15	100
สถานภาพ		
โสด	1	6.67
คู่	9	60.00
หม้าย	5	33.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	100
อนุปริญญา	0	0
โรคร่วม		
โรคความดันโลหิตสูง	4	26.67
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	73.33
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคร่วม		
< 10 ปี	5	33.33
≥ 10 ปี	10	66.67
อาชีพ		
เกษตรกร	5	33.33
ว่างงาน	10	66.67
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	(Mean 1,733 S.D. 593.61)	
น้อยกว่า 1,000 บาท	0	0
1,000-5,000 บาท	15	100
มากกว่า 5,000 บาท	0	0

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 72 ปี (S.D. 8.74) มีอายุระหว่าง 56-87 ปี มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 86.67 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 หม้าย ร้อยละ 33.33 และ โสด ร้อยละ 6.67 ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงานร้อยละ 66.67 และ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.33 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 1,733 บาท (S.D. 593.61) และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.67 โรคเบาหวานและความดันโลหิตร้อยละ 73.33 และตั้งแต่ 10 ขึ้นไปร้อยละ 66.67

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 4 ในแผนกผู้ป่วยใน (n =15)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คะแนนเฉลี่ย		คะแนนเฉลี่ย		t	df	p-value
	ก่อนทดลอง(n=15)		หลังทดลอง(n=15)				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านการรับประทานอาหาร	9.46	1.59	28.13	1.50	41.09	14	.00*
ด้านการใช้ยา	10.93	3.34	22.06	1.66	10.83	14	.00*
ด้านการออกกำลังกาย	0.06	0.25	10.73	2.12	20.78	14	.00*
ด้านการหลีกเลี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไต	8.46	3.06	19.46	3.83	9.45	14	.00*
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4 ด้าน	28.93	4.72	78.20	7.09	24.97	14	.00*
eGFR	21.33	4.84	28.63	14.37	2.45	14	.03*

p<0.05*

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มก่อนทดลอง

อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

1. พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้เริ่มต้นวิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนาโดยการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีการควบคุมโรคได้ไม่ดี มีพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม เกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะ 5 เร็วขึ้น การให้สุขศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบปัญหาขาดรูปแบบที่ชัดเจน สื่อในการสอนไม่เพียงพอ และผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง เรื่องการชะลอไตเสื่อม ต้องการพูดคุย

ซักถามกับผู้ป่วยตัวแบบในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อม ทั้งความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติตัว มีแรงจูงใจในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน จากสถานการณ์ระบบการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และแผนกผู้ป่วยในพบว่าวิธีการให้ความรู้มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย และวิธีการรักษาพยาบาลไม่สามารถเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเพียงพอ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังนั้นโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้จึงเป็นโปรแกรมที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะปฏิบัติในการจัดการตนเอง

กิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรม การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) และการจัดการตนเองของนางลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์ (Methakanjanasak, 2005) มาบูรณาการร่วมกันในการออกแบบกิจกรรม และจากการทบทวนวรรณกรรมได้หนังสือ”กินอย่างไรเมื่อไตเริ่มเสื่อม”จากสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย, สร้างสมุดประจำตัวผู้ป่วย, ใบทบทวนอาหารและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, QR code วิดีโอเรื่องการชะลอไตเสื่อม และแบบบันทึกติดตามการจัดการตนเองที่บ้านให้ผู้ผู้ป่วยไว้อ่านทบทวนที่บ้าน ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดตามกำกับดูแลที่บ้าน มีการเยี่ยมและติดตามทางโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้าน ในการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง และยังยืนยันโดยสามารถยืนยันคุณภาพโปรแกรมที่สร้างขึ้นด้วยการตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องของโปรแกรมที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

หลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตดีขึ้น เกิดจากผู้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรค และการดูแลจัดการตนเองที่เหมาะสม ร่วมกับได้รับการกระตุ้นการดูแลกำกับจากผู้ดูแลผู้ป่วย และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านตลอดจนมีการกำกับติดตามจากการทำแบบบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของนิสากร วิบูลชัย และรุ่งริชา ศรีเดช (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของวนิดา อินรสปงค์ (2566) การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ต่อภาวะไตเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่า และมีค่าครีเอตินินลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของ กันตการณ์ อ้วนศรีเมือง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสุพัตรา บัวทิ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 ที่เข้ารับรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงปัญหา และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และใช้เป็นแนวทางพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพต่อไปดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาล ควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อชะลอไตเสื่อม และสนับสนุนครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดสื่อให้ความรู้เพียงพอ
2. ด้านบริหารทางการพยาบาล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลนำแนวคิดสมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองไปใช้เพื่อให้พยาบาลมีทักษะ และแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ในชุมชนโดยมีส่วนร่วมการดูแลของครอบครัว และอาสาสมัครสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่นความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ติดตามระยะยาวเพื่อติดตามพฤติกรรม และอัตราการกรองของไต และการเข้านอนโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องเป็นการแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กันตการณ์ อ้วนศรีเมือง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และสุพัตรา บัวทิ. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้การจัดการตนเองและดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 95-96.
- เกียรติพงษ์ อุดมชนะธีระ. (2561). *PDCA Cycle วงจรการควบคุมคุณภาพหรือ วงจรเดมมิง*. <https://www.iok2u.com/article/innovation/pdca-cycle-deming-cycle>
- นิสากร วิบูลชัย และ รุ่งธิชา ศรีเดช. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 373-393.
- ปัทมยา สิงห์ชา. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลธวัชบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 157-167.

- วนิดา อินรียงค์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 ในอำเภอศรีรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*, 3(2), 50-62.
- วรรณชนก จันท์ชุม. (2545). *การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 17-24.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.2563*.
<https://www.nephrothai.org/wpcontent/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- สายชล สันสมบูรณ์ทอง. (2555). *สถิติเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- สุรดา โพธิ์ตาทอง, ดวงพร พุ่มทองดี, และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 15(1), 31-39.
- สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ. (2565). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2565*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- อติเทพ ผาติอินันท์. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิตที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จังหวัดนครปฐม มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2551). *ชีวิตรัตน์สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*.
<https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Methakanjanasak, N. (2005). *Self-Management of End-Stage Renal Disease Patient Receiving Hemodialysis* (Doctor of Philosophy in Nursing). Chiang Mai. Chiang Mai University.

ความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

Knowledge and attitudes towards electronic cigarettes among undergraduate students at a university in the lower northern of Thailand

พิมพ์ชนก คำชู¹, บัณฑิตา จารี¹, เบญญาภา ทังจ้อย¹, ปราณี คำวงศ์¹, จีรนนท์ วงศ์ศิลป์¹, อิศราภรณ์ เหมะภูษิต¹,
เกาซาร์ มาแตเต๊ะ¹, ณัฐสุดา เสียงประโคน¹, ดวงพร ปิยะคง², ณภัคธชา ผลอนันต์^{2*}

Phimchanok Khamchu¹, Buntita Jaree¹, Benyapa Thangjoi¹, Pranee Khamwongsa¹,
Jeeranun Wongsin¹, Issarapon Hemaputit¹, Kausar Mataetea¹, Nutsuda Siangprakon¹,

Duangporn Piyakong², Naphaklacha Pholanun^{2*}

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹

Nursing students, Faculty of Nursing, Naresuan University¹

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Nursing educators, Faculty of Nursing, Naresuan University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: naphaklachap@nu.ac.th

(Received: June 19, 2024; Revised: 17 November, 2024; Accepted: December 4, 2024)

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบันโดยเฉพาะในนิสิตหรือนักศึกษา ซึ่งเป็นวัยความอยากรู้อยากลอง การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ระดับทัศนคติ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตระดับปริญญาตรี ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 433 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 0.72 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับไฟฟ้าเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Spearman correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลาง (Mean = 9.39, S.D = 7.07) คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าระดับต่ำ (Mean = 20.36, S.D = 11.61) และความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.209$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาทำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อช่วยสร้างความตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และความรู้เป็นพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งอาจนำไปสู่การป้องกันหรือลดพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, ความรู้, ทัศนคติ, นิสิตระดับอุดมศึกษา

Abstract

Even though electronic cigarettes have negative impacts on health, they are very popular nowadays, especially among undergraduate students who are in the age of curiosity. The purpose of this descriptive study was to examine the knowledge level, the attitude level, and the relationship between knowledge and attitudes about electronic cigarettes among higher education students. The sample consisted of 433 undergraduate students enrolled in the academic year 2023 at a university in the lower northern region of Thailand. Accidental sampling was used to recruit the samples. Instruments included the knowledge questionnaire regarding electronic cigarettes and the attitudes questionnaire regarding electronic cigarettes. The questionnaires' reliability scores were .72 and .98, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Spearman correlation.

The results revealed that the sample had a moderate level of knowledge regarding electronic cigarettes (Mean = 9.39, S.D = 7.07) and a low level of attitudes regarding electronic cigarettes (Mean = 20.36, S.D = 11.61). In addition, knowledge was significantly negatively related to attitudes regarding electronic cigarettes ($r = -0.209$, $p < 0.001$). The study's findings suggested the importance of improving knowledge regarding electronic cigarettes to enhance awareness of the harms of electronic cigarettes. Moreover, knowledge is fundamental for changing attitudes. This may lead to prevention or reduction of electronic cigarette use.

Keywords: electronic cigarettes, knowledge, attitudes, undergraduate students

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic cigarette or E-cigarette) เป็นยาสูบในรูปแบบละอองฝอย โดยผ่านกระบวนการให้ความร้อนกับน้ำยาที่มีส่วนผสมของสารพิษ โดยเฉพาะโพรพิลีนไกลคอล กลีเซอรอล นิโคติน และมีสารแต่งกลิ่นแต่งรส (กิตติมา อรุณพูลทรัพย์, 2566) โดยโพรพิลีนไกลคอลสามารถทำให้เกิดการระคายเคืองต่อดวงตาและระบบทางเดินหายใจและเป็นสารก่อมะเร็ง (Grana et al., 2014) กลีเซอรอลเมื่อระเหยกลายเป็นไอทำให้เกิดการระคายเคือง ก่อมะเร็ง และเป็นพิษต่อหัวใจและหลอดเลือดและปอดได้ (Bals et al., 2018) ส่วนสารนิโคตินถ้าสูบในขนาดต่ำ ๆ จะทำให้ผู้สูบรู้สึกมีความสุข แต่ถ้าสูบในขนาดที่สูงจะส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มึนงง สับสน ชัก และหายใจล้มเหลวได้ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2564) ทั้งนี้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถนำนิโคตินเข้าสู่ร่างกายผู้สูบได้มากกว่าบุหรี่ธรรมดาถึง 5-9 เท่า (สมตระกูล ราศิริ และคณะ, 2562) บุหรี่ไฟฟ้าจึงสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบได้มากกว่าบุหรี่ธรรมดาและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พบอัตราความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญ (Patel et al., 2022)

ถึงแม้ว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีสารเสพติดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทางลบ แต่พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและมีการใช้ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีกฎหมายรับรอง โดยผลการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าในปี 2557 มีจำนวน 49,180 คน แต่ปี 2564 มีจำนวนเพิ่มเป็น 78,742 คน โดยมีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน คิดเป็นร้อยละ 30.54 (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2565) ผลการสำรวจของศรีรัช ลาภใหญ่ (2562) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษา สูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 43.8 เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยเลิกบุหรี่มันได้ และช่วยลดความเครียด จากการศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และ กุเกียรติ ก้อนแก้ว (2565) และ Gorukanti et al. (2017) พบว่า ผู้ใช้เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา นอกจากนี้อาจมีสาเหตุมาจากที่บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการซื้อขายผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เช่น Facebook, Line และ Instagram (ธนวัฒน์ รวมสุข และคณะ, 2565) ตลอดจนกลยุทธ์การตลาดที่ทำให้บุหรี่

ไฟฟ้ามีรูปลักษณ์สวยงามและสีสันหลากหลาย รวมทั้งมีกลิ่นและรสชาติต่าง ๆ ที่คล้ายขนมหรือของกินทำให้น่าสนใจ น่าใช้ จึงทำให้บุหรีไฟฟ้าได้รับความนิยมมากขึ้น

ซึ่งนิสิตนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาถือเป็นวัยที่ชอบเลียนแบบการกระทำต่าง ๆ และมีพฤติกรรมอยากรู้อยากลอง ชอบความท้าทาย และเป็นวัยที่สามารถเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านช่องทางออนไลน์มากที่สุด (พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ, 2565) ทำให้เสี่ยงต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น และหากนิสิตนักศึกษามีการใช้บุหรีไฟฟ้าในปริมาณมากอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของบุหรีไฟฟ้า และการมีทัศนคติต่อบุหรีไฟฟ้าในทางลบจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการตัดสินใจได้ว่าควรใช้หรือไม่ใช้บุหรีไฟฟ้า เพื่อไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อตนเองและผู้อื่น (อารักษ์ มุ่งหมาย และคณะ, 2566) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่างแห่งหนึ่ง ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันหรือแก้ปัญหาการใช้บุหรีไฟฟ้าของวัยรุ่นนวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research)

สถานที่ดำเนินการวิจัย มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตในระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 24,187 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ทำการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (1973 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 394 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 433 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ยังเป็นนิสิตระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยที่เก็บข้อมูล สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ คณะ ชั้นปี เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และอายุซึ่งเป็นแบบเติมคำสั้นๆในช่องว่าง (Short answers) ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า ลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ตามเกณฑ์ ของบลูม (Bloom, 1971) ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 4 หมายถึง เห็นด้วย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลตามระดับทัศนคติ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 36.70-50.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 23.4-36.60 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 10.0-23.30 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าระดับน้อย (Best, 2014)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อสาระที่กำหนด เพื่อดูความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา และนำมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนี CVI เท่ากับ 0.96 และ 0.86 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าและแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และไปทดลองใช้กับนิสิตมหาวิทยาลัยดังกล่าวที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้ามาหาค่า KR-20 ได้เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า มาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยที่ศึกษา คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ผ่านทาง Google form โดยทำเป็นคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถามและนำคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถามไปติดตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัย โรงอาหารมหาวิทยาลัย และโรงอาหารคณะต่าง ๆ เป็นต้น ร่วมกับยื่นแจกคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถาม ให้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยสแกนคิวอาร์โค้ดตอบแบบสอบถาม ร่วมกับโพสต์คิวอาร์โค้ดของแบบสอบถามลงในช่องทาง Facebook group ของนิสิตมหาวิทยาลัย และ Line open chat ของนิสิตมหาวิทยาลัย เมื่อคณะผู้วิจัยได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามจึงรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจนครบจำนวน 433 คน คิดเป็นร้อยละ 100 คณะผู้วิจัยปิดรับการตอบกลับของแบบสอบถามและนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้บุหรืไฟฟ้าของนิสิตระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 041/2023 รับรองวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 คณะผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในรูปแบบของ Google form ทางออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ โดยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย การเก็บข้อมูลโดยการใส่รหัสไม่ได้ระบุชื่อและนามสกุลที่บ่งบอกตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการปกป้องเข้าถึงข้อมูลโดยใช้การเข้ารหัส ซึ่งทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลจะถูกจัดเก็บเป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 ปี หลังจากนั้นจะทำลาย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.06) มีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี (ร้อยละ 52.67) และกำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 47.35) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่คณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 21.02) คณะวิศวกรรมศาสตร์ (ร้อยละ 15.93) และคณะบริหารธุรกิจ (ร้อยละ 12.01)

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรืไฟฟ้า

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.97 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 9.39 (S.D. = 1.62) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรืไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 433)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (12-15 คะแนน)	41	9.47
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	251	57.97
ระดับน้อย (0-8 คะแนน)	141	32.56
Mean = 9.39, S.D. = 7.07, Min = 5, Max = 15		

3. ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืไฟฟ้า

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืไฟฟ้าระดับต่ำ (ร้อยละ 72.52) โดยมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยเท่ากับ 20.36 (S.D. = 11.61) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=433)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติระดับมาก (36.7-50 คะแนน)	58	13.39
ทัศนคติระดับปานกลาง (23.4-36.6 คะแนน)	61	14.09
ทัศนคติระดับน้อย (10.00-23.30 คะแนน)	314	72.52
Mean = 20.36, S.D. = 11.61, Min = 10, Max = 50		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับไฟฟ้ากับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้บุหรีไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.209$, $p < 0.01$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า (n=433)

ตัวแปร	ทัศนคติ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้	-0.209	0.000*

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.97) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสบา เกสร และคณะ (2560) ที่ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการสูบบุหรีของนักเรียนชายวิทยาลัยเทคนิคกำแพงเพชร ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทิพย์รัตน์ บุญมา และคณะ (2564) และจิราภรณ์ จำปาจันทร์ และคณะ (2566) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา วิริยะ และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้ากับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรีของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุหรีไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่มีการนำเข้ามาในประเทศไทยได้ไม่นาน (กิตติมา อรุณพลทรัพย์, 2566) ส่งผลให้การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าผ่านสื่อต่างๆ ยังไม่แพร่หลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ พอสมควรแต่อาจไม่มาก ประกอบกับมหาวิทยาลัยที่ศึกษาในครั้งนี้มีการจัดการในกรณีฉุกเฉินเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าเป็นประจำทุกปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ พบว่าสถาบันแห่งนี้มีการเรียนการสอนรายวิชาเลือกคือวิชาและสารเคมีในชีวิตประจำวัน เป็นการสอนเกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติดชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะบุหรีไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจเลือกเรียนรายวิชาดังกล่าวแต่กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจไม่ได้เรียน จึงทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้อยู่ระดับปานกลาง

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 20.36 ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Allport, 1975) ทั้งนี้ การที่มหาวิทยาลัยที่ศึกษาในครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรีเป็นประจำทุกปี รวมทั้งยังมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรีไฟฟ้าไว้ในรายวิชาเลือก จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เรียนรู้เกี่ยวกับ

ผลเสียจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิด ความรู้สึกและความเชื่อที่ไม่ดีต่อบุหรี่ไฟฟ้า จึงนำไปสู่การมีคะแนนทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะวรรณ กุลยรัตน์ และคณะ (2566) ที่ทำการศึกษารื่องการรับรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีการสูบบุหรี่และการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ในชุมชนของตำบลปากน้ำชุมพร พบว่า มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมเด็จพระ ภิมากุล และกนกวรรณ คชสิทธิ์ (2566) ที่ทำการศึกษารื่องทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับ แนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ และคณะ (2562) ศึกษาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาทันตสาธารณสุข สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก พบว่านักศึกษามีทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลาง และการศึกษาของทิพย์รัตน์ บุญมา และคณะ (2564) พบว่านักศึกษามีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ของความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.209$, $p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าหากนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับไฟฟ้ามากขึ้นและทำให้มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในทางลบมากขึ้นหรือมีคะแนนทัศนคติในระดับน้อย เพราะความรู้เป็นพื้นฐานการปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Allport, 1975) หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จะทำให้ตระหนักถึงผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อร่างกายของตนเอง จะนำไปสู่การมีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1964 อ้างถึงใน อธิระภัทร เอกฉายชัยสวัสดิ์ และอธิระภัทร กิจจารักษ์, 2565) กล่าวว่า ความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ เมื่อได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ แล้วจึงเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้น ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า อาจผ่านสื่อต่างๆ หรือจากการเรียนการสอนในรายวิชาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ แยกแยะ และนำไปสู่ความคิด ความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ดีต่อสุขภาพ จึงก่อให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า จึงส่งผลให้ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พลาก รสสำราญ และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษารื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่ออันตรายของการสูบบุหรี่ กับการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อทัศนคติ โดยนักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยา วิริยะ และคณะ (2562) ทำการศึกษารื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.01 ($r= 0.20$) และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒน และคณะ (2556) ทำการศึกษารื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว พบว่าความรู้และทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.101$, $p > 0.05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลางและทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงลบในระดับน้อย ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้หันมาตระหนักถึงพิษและผลกระทบเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะในมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือตอนล่าง อาจยังไม่เพียงพอที่จะสรุปผลได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในภาคอื่นๆ เพื่อทราบความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนจัดโครงการรณรงค์ “ลด ละ เลิก” การใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาวเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆภายในร่างกาย และจากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลโดยจะสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนให้การดูแลป้องกันการเกิดผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วิริยะ, ประภาพร ชูกำเนิด, และอังศุมา อภิชาติ. (2562). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 30(1), 66-74.
- กิตติมา อรุณพลทรัพย์. (2566). มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย. <https://www.Senate.go.th/view/386/รายละเอียดข่าว/ThaiLaw/26/TH-TH>
- จิราภรณ์ จำปาจันทร์, สิริวิมล ทะวงศ์, นิธิพร ยะคำสี, ภัทรินทร์ เมืองคง, นริศรา ชันดี, ธีรณัฐ วรโธสง, วิบูลย์สุข ตาลกุล, ภูสิทธิ์ ภูวรรณ, และอนุวัฒน์ สุรินราช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 631-644.
- ทิพย์รัตน์ บุญมา, บุญวัฒน์ สว่างวงศ์, และวันจักร น้อยจันทร์. (2564). ทัศนคติของนักศึกษาต่อการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และบุหรี่มวน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา*, 9(1), 202-215.
- ธนะวัฒน์ รวมสุข, สุรินทร์ กลัมพากร, ทัศนีย์ รวีวรกุล, ทัศนีย์ อรรถารส, อารยา ทิพย์วงศ์, นกิสรา ชีระเนตร, และจิราภรณ์ อนุชา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 358.
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ และธีระภัทร กิจจารักษ์. (2565). แนวทางการพัฒนาผลงานทางวิชาการด้วยแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม. *Lawarath Social E-Journal*, 4(1), 183-201.
- นุสบา เกษร, พรรณี แสนห่อนุรักษ์, วรารณ เจนวรพจน์, วิไลลักษณ์ ทับทิม, และพิมลพรรณ ดีเมฆ. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายวิทยาลัยเทคนิคกำแพงเพชร ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 22 ธันวาคม 2560*.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว และกัญเกียรติ ก้อนแก้ว. (2565). การรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์และความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบการศึกษา ภาคเหนือ ประเทศไทย. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 560. <https://doi.org/10.14456/dcj.2022.47>
- ปิยะวรรณ ภูลย์รัตน์, ระรินทร์ ชรเกตุ, สุณี เลิศสินอุดม, และวิน วิจิจันะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในชุมชนของตำบลปากน้ำชุมพร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 38(1), 57-69.

พงษ์ศักดิ์ อันมอย ชนุตา พาโพนงาม, นฤมล ลาวน้อย, อาทิตยา บัวเรือง, อธิดา จันทรวงเรือง, และอัมพวัน บุญรอด.

(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดอุดรธานี.

วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(2), 197-205.

พลากร สืบสำราญ, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, นิยม จันทน์วล, และวันวิสา จันทาท. (2560).

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการต่อต้านรายของการสูบบุหรี่กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น

มัธยมปลาย: กรณีศึกษาอำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(3), 12-20.

วิภารัตน์ สุวรรณไพบพัฒน, น้ำฝน ไททองศรีกร, และวิรุฬหจิรา อุ่นจางวาง. (2556) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และ

ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว. วารสารวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 19(1), 31-41.

ศรัณญา เบญจกุล. (2565). อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในคนไทย. เจาะลึกระบบสุขภาพ.

<https://www.hfocus.org/content/2022/07/25460>

ศรีรัช ลาภใหญ่. (2562). ผลลัพธ์ยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่ายและผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์

ยาสูบรูปแบบใหม่. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 5(1), 13-29.

สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันพลสิทธิ์, และธิดิรัตน์ ราศิริ. (2562). พฤติกรรมการใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ของนักศึกษาทันตสาธารณสุข. วารสารทันตภิบาล, 30(2), 56-66.

สมเด็จ ภิมากุล และกนกวรรณ คชสีห์. (2566). ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้ากับ

แนวทางการป้องกันการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 30-43.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด. (2564). นิโคติน (Nicotine).

<https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/?p=6037>

อารักษ์ มุ่งหมาย, สริณญา รอดพิพัฒน์, และจินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่าง

การเปิดรับ ข่าวสาร การรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 15(3), 314.

Allport, G. (1975). *Attitude and Psychology*. Jossey Bass.

Bals, R., Boyd, J., Esposito, S., Foronjy, R., Hiemstra, P. S., Jiménez-Ruiz, C. A., Katsaounou, P.,

Lindberg, A., Metz, C., Schober, W., Spira, A., & Blasi, F. (2018). Electronic cigarettes:

A task force report from the European Respiratory Society. *European Respiratory*

Journal, 53(1), 9. <https://doi.org/10.1183/13993003.01151-2018>

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Pearson New International Edition*. (10th ed.). Essex: Pearson Edition Limited.

Bloom, B. S. J. (1971). *Taxonomy of Education Objective, HandBook 1: Cognitive Domain*. David Mokey.

Gorukanti, A., Delucchi, K., Ling, P., Fisher-Travis, R., & Halpern-Felsher, B. (2017). Adolescents' attitudes towards e-cigarette ingredients, safety, addictive properties, social norms, and regulation. *Preventive Medicine*, 94, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.10.019>

Grana, R., Benowitz, N., & Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*, 129(19), 1972–1986. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667>

Patel, U., Patel, N., Khurana, M., Parulekar, A., Patel, A., Ortiz, J. F., Patel, R., Urhohide, E., Mistry, A., Bhriuvanshi, A., Abdulqader, M. A., Mehta, N., Arumaithurai, K., & Shah, S. (2022). Effect comparison of e- cigarette and traditional smoking and association with stroke—A cross-sectional study of NHANES. *Neurology International*, 14(2), 443-444. <https://doi.org/10.3390/neurolint14020037>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล

Effect of guidelines early warning signs on access medical treatment in patients' sepsis at prehospital

เบญจมาศ ปิงเมือง*, วิปศยา คุ่มสุพรรณ

Benjamas Pingmaung*, Wipatsaya Koomsuphan

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Emergency Department, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

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

(Received: May 17, 2024; Revised: December 10, 2024; Accepted: December 10, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่าความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ IOC = 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Mann Whitney

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง เข้าถึงการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีระยะเวลาแรกที่ ER จนถึงได้รับการแก้ไขภาวะ Sepsis กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 8.5 นาที กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 32 นาที การได้รับ NSS Load 1,500 ml กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 45 นาที กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 73.5 นาที และการได้รับยาปฏิชีวนะ กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 52 นาที กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 73.5 นาที

ข้อเสนอแนะ ควรขยายการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ในหน่วยบริการนอกโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้บุคลากรคัดกรอง สังเกตอาการและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต, ติดเชื้อในกระแสเลือด, ที่เกิดเหตุนอกโรงพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group post-test-only design, aimed to compare access to medical care at the prehospital stage for patients with sepsis between the guidelines early warning signs group and the routine care group. The study included 56 participants, divided equally into an experimental group and a control group, selected based on inclusion criteria. The research instrument was a sepsis care access record form with content validity (IOC = 1.0) and reliability (0.8). Data were analyzed using Chi-square and Mann-Whitney U tests.

The findings revealed that the experimental group accessed sepsis care significantly faster than the control group (p -value < 0.05). In the experimental group, the average time from ER admission to sepsis treatment was 8.5 minutes, compared to 32 minutes in the control group. Similarly, the average time to complete NSS loading (1,500 mL) was 45 minutes in the experimental group, compared to 73.5 minutes in the control group. Antibiotic administration occurred, on average, at 52 minutes in the experimental group, versus 73.5 minutes in the control group.

These results suggest that implementing the Guidelines early warning signs effectively enhances the timeliness of sepsis care. It is recommended that this protocol be expanded to community-based healthcare services, such as primary health-promoting hospitals, to facilitate prompt screening, monitoring, and patient transfers to higher-level facilities.

Keywords: guidelines, early warning signs, sepsis, prehospital

บทนำ

กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อในร่างกายอย่างรุนแรง และทำให้เกิดการอักเสบและการทำลายของเนื้อเยื่อในระบบอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย และอาจเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น severe sepsis และ septic shock จนทำให้อวัยวะภายในร่างกายต่างๆล้มเหลว ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558) ในปี 2015 องค์การอนามัยโลกรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า 30 ล้านประชากรโลก ในทุกๆ ปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านราย โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกแล้วประมาณ 5,760 ล้านราย สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วย sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี โดยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดที่ติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชน (community-acquired sepsis) ร้อยละ 31.58, 34.02 และ 35.40 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนดคือ ต้องน้อยกว่าร้อยละ 24 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในส่วนโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 58.17, 53.17 และ 52.22 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การรักษากลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสมอาจร่วมกับการให้ยากลุ่มกระตุ้นแรงดันโลหิตเพื่อทำให้การไหลเวียนและแรงดันโลหิตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย 6 ชั่วโมง ที่เรียกว่า Early Goal-Directed Therapy (EGDT) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลวได้ (Zhang et al., 2017) ในปี 2018 ได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรักษาเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก (1-hour sepsis bundles) ประกอบด้วย

การส่งตรวจระดับแลคเตท เก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำชนิด crystalloid solution จำนวน 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) และให้ยาในกลุ่มบีบหลอดเลือด (vasopressor) (Levy et al., 2018) เพื่อพยุกระบบไหลเวียนโลหิตค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท มุ่งเน้นกระบวนการรักษาที่รวดเร็ว ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้รณรงค์แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และพัฒนาแนวปฏิบัติสากลในการจัดการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ severe sepsis และ septic shock ปีค.ศ. 2017 ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรอง การวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะ sepsis แบบเร่งด่วน การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและการควบคุมเชื้อโรคการแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในส่วนประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า การค้นพบผู้ป่วยตามลักษณะอาการของกลุ่มผู้มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยการติดตามประเมินระบบไหลเวียนโลหิตโดยการติดตามสัญญาณชีพและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีคุณภาพมากขึ้นผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง (พิมพ์มาน รุ่งวิริยะวนิช, 2565)

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System : EMS) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีบทบาทหน้าที่จัดบริการพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วเพื่อให้การรักษายาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็วทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีระบบการรับแจ้งเหตุมีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุ ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งและมีการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาคือการช่วยเหลือด้านการแพทย์สำหรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุที่สำคัญคือความรวดเร็วในการดูแล การดูแลรักษาที่ถูกวิธี และการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดการเสียชีวิต ความพิการ ความทุกข์ทรมาน และความยุ่งยากในการรักษา (กัญญา วังศรี, 2556) จากข้อมูลของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 661 ราย มาโรงพยาบาลโดยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง 427 ราย ผู้ป่วยมาเอง 145 ราย และมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 89 ราย (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2565) ในจำนวนเหล่านี้พบว่าผู้ป่วยที่มาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวผิดปกติมากและใช้เวลาตั้งแต่พบผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ ได้แก่ บ้านผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น ให้การพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ใช้เวลานานขึ้นขึ้นอยู่กับระยะทางที่ห่างจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 40 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ซึ่งในระหว่างนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองและการรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม ณ ที่เกิดเหตุ เมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลประจำจุดคัดกรอง ชักประวัติ คัดกรองผู้ป่วย รายงานแพทย์ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 15-20 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอเหมาะสมล่าช้า

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเห็นความสำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยตามลักษณะอาการของกลุ่มผู้มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รวดเร็วและให้การรักษายาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเพื่อการวินิจฉัย การจัดการเกี่ยวกับภาวะ sepsis แบบเร่งด่วน โดยได้รับสารน้ำที่เพียงพอ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงจัดทำแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสมตั้งแต่จุดเกิดเหตุ และเมื่อนำส่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพผู้ป่วยรอดชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการใช้

แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล โดยให้คำนิยามแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต หมายถึง แนวปฏิบัติที่ใช้ประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบด้วย SOS Score มีเกณฑ์ในการประเมินคือ อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตส่วนบน อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และการตรวจระดับแลคเตท (lactate) ในเลือด สำหรับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การได้รับสารน้ำ และยาปฏิชีวนะ

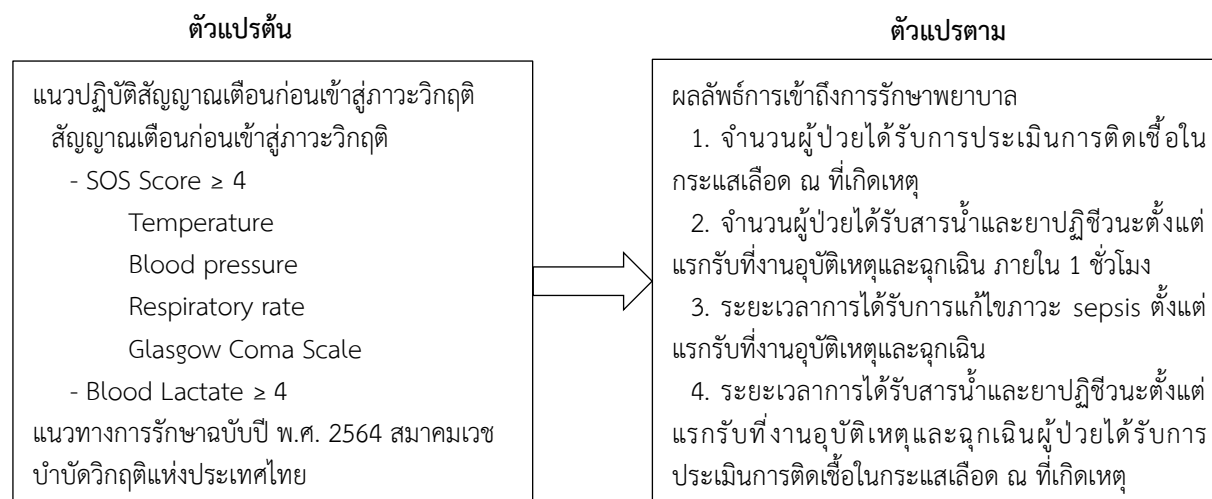
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม
3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis การได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม

สมมติฐาน

1. การใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล มีผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม
2. การใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis ได้รับสารน้ำ NSS 1,500 ml และยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดครั้งเดียว หลังการทดลอง (two group, only posttest design) โดยเก็บข้อมูลกำหนดให้กลุ่มทดลอง ได้รับแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยหน่วยกู้ชีพบนทูล ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล และนำส่งโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง หาขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม STATA โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการรักษาพยาบาลแบบเดิม(กลุ่มควบคุม)เท่ากับ 20% และกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล (กลุ่มทดลอง) เท่ากับ 60% ใช้การทดสอบ two-side ระดับ significance = 0.05 และ power = 0.80 กำหนดให้ ratio ของกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มทดลอง = 1:1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละจำนวน 28 ราย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละจำนวน 28 ราย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงที่นำส่งโดยหน่วย EMS โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
3. ผู้ป่วยที่มีคะแนน SOS score ≥ 4 และ blood lactate ≥ 4

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีประวัติโรคหัวใจ (heart disease) หรือโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease)
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย sepsis โดยแพทย์อำนาจการ/แพทย์ ER
3. ผู้ป่วยไม่ยินยอม

เกณฑ์การยุติโครงการ (termination criteria) ไม่มี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ (vital signs: V/S) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (search out severity score: SOS score) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Dextrostix: DTX) การตรวจกรดแลคเตทในเลือด (blood lactate) ณ จุดเกิดเหตุ ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ หายใจเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และเมื่อได้คะแนน SOS Score และผล Blood Lactate ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ทีมกู้ชีพจะปฏิบัติการรายงานแพทย์ทันที และให้การรักษาโดยเริ่มให้สารน้ำ NSS 1,500 ml/hr ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมคือ ไม่มีการประเมิน SOS score, blood lactate และให้สารน้ำ NSS ในอัตรา 1,500 ml/hr แต่จะมีการประเมินที่จุดคัดกรองที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อนำส่งที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ข้อมูล ณ ที่เกิดเหตุ คือ V/S, GCS, SOS score, DTX, blood lactate

2) แบบบันทึกการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยผู้ตั้งผู้ป่วยถึง ER ได้แก่

- การเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยดูจากระยะเวลาที่ได้รับการแก้ไข ภาวะ sepsis

- การได้รับสารน้ำ NSS 1,500 ml และยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และด้านการพยาบาล 3 คน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม แล้วนำมาหาค่าด้วยดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence) ได้เท่ากับ 1.0 สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด 5 คน และนำมาหาความเที่ยงของ เครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.8

การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ เตรียมตัวผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญของการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน วิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งทดลองเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม คือ ให้การช่วยเหลือตามอาการและอาการแสดง ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่าง 27 กันยายน 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566

กลุ่มทดลอง ได้รับการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ณ ที่เกิดเหตุนอกโรงพยาบาล ระหว่าง 1 ธันวาคม 2566 – 29 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังมี รายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ขึ้นกับการกระจายของข้อมูล ใช้ exact probability test ตัวแปรต่อเนื่องใช้ Pearson's Chi-squared test

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ความทันเวลาในการแก้ภาวะวิกฤต ดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบการได้รับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยดูจากระยะเวลาที่ได้รับการแก้ไข ภาวะ Sepsis เมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test, Pearson's Chi-squared test

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการได้รับสารน้ำ NSS 1,500 ml และยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม โดยใช้สถิติ Mann Whitney

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ใบรับรอง HREC No. 155/2566 วันที่รับรอง 26 กันยายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยตลอดการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือถอนตัวระหว่างการดำเนินโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการเซ็นยินยอมลงนามในเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้เก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและการประเมิน ณ ที่เกิดเหตุและที่ ER ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียด ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 28)			กลุ่มทดลอง (n= 28)			p-value*
	n	%	Median (IQR)	n	%	Median (IQR)	
เพศ							
หญิง	15	53.6		15	53.6		>0.999
ชาย	13	46.4		13	46.4		
อายุ (ปี)			77.0 (62.0, 84.3)			69.0 (58.3, 80.0)	0.173
โรคร่วม							
ไม่มี	12	42.9		8	28.6		
มี	16	57.1		20	71.4		0.265
DM	9	32.1		11	39.3		0.577
HT	16	57.1		20	71.4		0.265

* Chi-square < 0.5

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ HT ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 71.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและการประเมิน ณ ที่เกิดเหตุและที่ ER ของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 28)	กลุ่มทดลอง (n= 28)	p-value*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
การประเมินผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ			
Temperature	38.0 (36.6, 38.8)	38.7 (38.0, 39.7)	0.016
Systolic blood pressure	122.5 (88.3, 151.0)	118.0 (105.8, 153.3)	0.566
Pulse rate	108.5 (91.5, 133.3)	121.0 (107.5, 138.5)	0.149
Respiratory rate	32.0 (21.5, 40.0)	36.0 (27.0, 40.0)	0.311

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 28)	กลุ่มทดลอง (n= 28)	p-value*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
Glasgow Coma Score	9 (5.8, 11.3)	11.0 (8.0, 13.3)	0.098
Dextrostix	140.5 (111.5, 207.0)	118.0 (117.0, 228.5)	0.350
การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่ ER			
Temperature	37.8 (36.6, 38.6)	38.5 (38.0, 39.5)	0.008
Systolic blood pressure	119.5 (88.3, 136.8)	121.0 (97.0, 133.0)	0.700
Pulse rate	113.0 (91.5, 130.0)	114.0 (108.0, 130.0)	0.268
Respiratory rate	24.0 (20.0, 32.0)	28.0 (23.5, 33.5)	0.054
Glasgow Coma Score	9.5 (6.8, 12.3)	11.5 (9.0, 15.0)	0.051
การประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER			
Temperature	37.8 (36.6, 38.6)	38.5 (38.0, 39.5)	0.004
Systolic blood pressure	127.0 (110.0, 139.8)	124.0 (112.0, 134.0)	0.611
Pulse rate	104.0 (96.8, 120.0)	106.0 (98.3, 117.3)	0.664
Respiratory rate	21.0 (20.0, 24.0)	25.0 (21.5, 28.0)	0.061
Glasgow Coma Score	10.5 (8.5, 14.3)	12.5 (9.0, 15.0)	0.178

*Mann Whitney < 0.05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ พบว่า ความดันโลหิต ซีพจร การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอุณหภูมิแตกต่างกันที่ระดับ $p < 0.05$ การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่ ER และการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก ER พบว่าความดันโลหิต ซีพจร การหายใจและระดับความรู้สึกตัว ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอุณหภูมิแตกต่างกันที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ดังรายละเอียด ตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม

การเข้าถึงการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม (n= 28)		กลุ่มทดลอง (n= 28)		p-value*
	n	%	n	%	
จำนวนผู้ป่วยได้รับการประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ					
ประเมิน SOS	0	0.0	28	100	<0.001*
เจาะ Blood lactate	0	0.0	28	100	<0.001*

การเข้าถึงการรักษายาบาล	กลุ่มควบคุม (n= 28)		กลุ่มทดลอง (n= 28)		p-value*
	n	%	n	%	
จำนวนผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตั้งแต่แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายใน 1 ชม.					
ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS 1,500 ml (ราย)	3	10.7	19	67.9	<0.001**
ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (ราย)	7	25	14	50	0.05**

*Fisher's exact test < 0.05

** Chi-square < 0.05

จากตารางที่ 3 การเข้าถึงการรักษายาบาล โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยได้รับการประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ โดยการประเมิน SOS และเจาะ Blood lactate ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการประเมิน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการประเมินทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS 1,500 ml และยาปฏิชีวนะ ตั้งแต่แรกรับที่ ER ภายใน 1 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการได้รับการแก้ไขภาวะ Sepsis การได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษายาบาลแบบเดิม

การได้รับสารน้ำ และยาปฏิชีวนะ	กลุ่มควบคุม (n= 28)	กลุ่มทดลอง (n= 28)	p-value*
	Median (IQR)	Median (IQR)	
- ระยะเวลาแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงได้รับการแก้ไขภาวะ Sepsis (นาท)	32.0 (14.5, 65.0)	8.5 (5.8, 15.0)	<0.001
- ระยะเวลาแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงให้สารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml (นาท)	73.5 (60.0, 103.0)	45.0 (40.0, 51.0)	<0.001
- ระยะเวลาแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงให้ยาปฏิชีวนะ (นาท)	62.0 (49.0, 72.3)	52.0 (32.0, 61.3)	<0.015

*Mann Whitney < 0.05

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการเข้าถึงการรักษายาบาล ตั้งแต่แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p\text{-value} < 0.05$ และเปรียบเทียบระยะเวลาได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะ ตั้งแต่แรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายใน 1 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงให้สารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml ใช้เวลาเฉลี่ย 73.5 นาท ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 45.0 นาท และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาแรกรับที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงให้ยาปฏิชีวนะใช้เวลาเฉลี่ย 62.0 นาท ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 52.0 นาท

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเปรียบเทียบระยะเวลาการได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis การได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิม

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับที่ ER จนถึงได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis เฉลี่ย 8.5 นาที ซึ่งใช้เวลาลดลงจากกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 32 นาที ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และปรับปรุงให้เข้ากับบริบทการปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย SOS score ได้ค่า ≥ 4 และเจาะ blood lactate ได้ค่า ≥ 4 ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รวดเร็วขึ้น เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดา (2563) ที่พบว่าหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้นอัตราเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง และการศึกษาของพรรณี ยอดญาติไทย และคณะ (2566) พบว่าการกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหรือผู้ป่วยกลุ่มสงสัย ทำให้ระยะเวลาในการค้นพบผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลาและเข้าระบบ fast track sepsis รวดเร็ว เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ส่งผลให้เมื่อมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml และยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml จำนวน 19 ราย (67.9%) และยาปฏิชีวนะ จำนวน 14 ราย (50%) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml เพียง 3 ราย (10.7%) และยาปฏิชีวนะ เพียง 7 ราย (25%) อีกทั้งการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ทำให้เมื่อมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml และยาปฏิชีวนะรวดเร็วขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml ใช้เวลาเฉลี่ย 45 นาที และยาปฏิชีวนะใช้เวลาเฉลี่ย 52 นาที ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml ใช้เวลาเฉลี่ย 73.5 นาที และยาปฏิชีวนะใช้เวลาเฉลี่ย 62 นาที ทั้งนี้เนื่องจากการแนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต มีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ และรายงานแพทย์จากที่เกิดเหตุทาง 1669 เพื่อพิจารณาให้การรักษาแก้ไขภาวะ sepsis โดยให้สารน้ำ NSS ครบ 1,500 ml/hr และเมื่อนำผู้ป่วยส่งงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมกู้ชีพส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลให้กับพยาบาลจุดคัดกรองและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ fast track sepsis ทันที เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดา (2563) ที่พบว่าหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้นอัตราเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของสารธรรมเนียมอินทร (2561) พบว่าผู้ป่วยที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการประเมินเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลทันที ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการศึกษาของพัชนีกรณ์ สุรนาทขยานันท์ และคณะ (2561) พบว่าการ

ดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อ การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 19.6 เป็นร้อยละ 8.3 ระยะเวลาชะลอการช็อกนานขึ้นจาก เดิมค่าเฉลี่ย 8.3 ชั่วโมง เป็น 24.6 ชั่วโมง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม และต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย และให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าว ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรองสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย ดักจับผู้ป่วยและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาระบบ fast track sepsis ได้รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่จุดคัดกรองจนถึงจำหน่ายออกจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้แนวปฏิบัติสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล มีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและได้รับการแก้ไขภาวะ sepsis ได้รวดเร็วขึ้น การนำไปประยุกต์ใช้อาจมีความแตกต่างและข้อจำกัดได้ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ขณะมารับการตรวจรักษา เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง ในการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น อันจะส่งผลให้ลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม การใช้แนวปฏิบัตินี้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การเจาะ blood lactate นั้น จะต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ณ ที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาล พบว่าส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งสามารถนำไปขยายผลต่อยอดในการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากสามารถให้การรักษาได้อย่างทันทั่วที่ เหมาะสม ก็จะสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นจุดแรกที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาในองค์กร

เอกสารอ้างอิง

- กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, ธรรมศักดิ์ ทวีศรี, ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์, ฉันทชัย สิทธิพันธ์, ไชยรัตน์ เทมพิกุล, บุญส่ง พัจจนสุนทร, ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, รังสรรค์ ภูยานนทชัย, รัฐภูมิ ชามพูนท, สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, อติคุณ ลิ้มสุคนธ์, และอมรชัย เลิศอมรพงษ์. (2558). *การดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558*.
<https://externinternguide.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/12/52-septic-shock-draft-2015exin.pdf>
- กัญญา วังศรี. (2556). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย The EMS system in Thailand. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28 (suppl), 69-73.
- จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ, อติพร เทียงแป้น, และวันดี แยมฉาย. (2563). ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(4), 638-646.

- พรรณิ ยอดญาติไทย, นิโบล ทิพย์ฤทธิ, อรรณูดิ พรหมรัตน์, และกำพร ดานา. (2566). การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 167–177.
- พจน์ภรณ์ สุรนาทขยานันท์, วนิดา เคนทองดี, และสุพัตรา กมลรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 207–215.
- พิมพ์ิมา รุ่งวิริยะวนิช. (2565). มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(1), 112–118.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2565). สถิติบริการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- สมพร รอดจินดา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 212–231.
- สาธิต ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 16(2), 58–68.
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 Update. *Critical Care Medicine*, 46(6), 997–1000. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003119>
- Zhang, Z., Hong, Y., Smischney, N. J., Kuo, H. P., Tsirigotis, P., Rello, J., Kuan, W. S., Jung, C., Robba, C., Taccone, F. S., Leone, M., Spapen, H., Grimaldi, D., Van Poucke, S., Simpson, S. Q., Honore, P. M., Hofer, S., & Caironi, P. (2017). Early management of sepsis with emphasis on early goal directed therapy: AME evidence series 002. *Journal of Thoracic Disease*, 9(2), 392–405. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.02.10>